



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: O CASO
DO DISTRITO DE COIMBRA**

Mariana Isabel Coelho Garcia

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau
de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada pela
Professora Doutora Alcina Nunes
Professora Doutora Carmina Morais

Porto, novembro de 2018



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: O CASO
DO DISTRITO DE COIMBRA**

Mariana Isabel Coelho Garcia

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau
de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada pela
Professora Doutora Alcina Nunes
Professora Doutora Carminda Morais

Porto, novembro de 2018

Resumo

Este estudo tem como objetivo geral avaliar e comparar a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada no distrito de Coimbra, juntamente com a análise à influência das relações sociais face à qualidade de vida destes idosos. Através de uma metodologia quantitativa, descritiva e analítica com uma amostra por conveniência de 70 idosos institucionalizados, o estudo tem como alguns dos objetivos específicos: (i) Comparar os níveis da qualidade de vida geral através dos subdomínios físico, psicológico, social e ambiental que contextualizam a vivência dos inquiridos; (ii) determinar a qualidade de vida do idoso institucionalizado, percebendo se há diferenças estatisticamente significativas de acordo com variáveis sociodemográficas; (iii) avaliar o impacto do suporte social na qualidade de vida, no contexto das quatro instituições onde os idosos em estudo se encontram institucionalizados. Neste estudo empírico foram aplicados dois instrumentos de avaliação: o WHOQOL-Bref e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e os dados obtidos descritos através de indicadores de estatística descritiva tendo a análise inferencial, para teste de hipóteses, recorrido a testes específicos de análise paramétrica e não paramétrica. Os resultados permitiram confirmar que os indivíduos estão na generalidade satisfeitos com a sua qualidade de vida, sendo que a pontuação mais elevada se encontra no domínio Ambiente enquanto a pontuação inferior se encontra no domínio Físico. Em termos das variáveis sociodemográficas idade, sexo, escolaridade, estado civil e patologias concluiu-se que não existe relação com a qualidade de vida na escala WHOQOL-Bref. Na ESSS verificou-se que o domínio com maior pontuação é o da satisfação com a família. Todavia, apesar de se verificar uma ausência de associação entre a satisfação com a família e todos os domínios da qualidade de vida, foi possível confirmar que quanto maior o nível de satisfação com a suporte social, maior o nível de perceção com a qualidade de vida. Conclui-se assim que a avaliação da qualidade de vida enquanto desafio em organizações de idosos no sentido de reconsiderar e aperfeiçoar práticas e modelos de gestão, é pertinente.

Palavras Chave: idosos, institucionalização, qualidade de vida, suporte social, Coimbra

Resumen

Este estudio tiene como objetivo general evaluar y comparar la calidad de vida de la persona anciana institucionalizada en el distrito de Coimbra, junto con el análisis a la influencia de las relaciones sociales frente a la calidad de vida de estos ancianos. A través de una metodología cuantitativa, descriptiva y analítica con una muestra por conveniencia de 70 ancianos institucionalizados, el estudio tiene como algunos de los objetivos específicos: (i) Comparar los niveles de calidad de vida general a través de los subdominios físico, psicológico, social y ambiental contextualizan la vivencia de los encuestados; (ii) determinar la calidad de vida del anciano institucionalizado, percibiendo si hay diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con variables sociodemográficas; (iii) evaluar el impacto del soporte social en la calidad de vida, en el contexto de las cuatro instituciones donde los ancianos en estudio se encuentran institucionalizados. En este estudio empírico se aplicaron dos instrumentos de evaluación: el WHOQOL-Bref y la Escala de Satisfacción con el soporte social (ESSS) y los datos obtenidos descritos a través de indicadores de estadística descriptiva teniendo el análisis inferencial, para la prueba de hipótesis, recurrido a pruebas específicos de análisis paramétrico y no paramétrico. Los resultados permitieron confirmar que los individuos están en general satisfechos con su calidad de vida, siendo que la puntuación más elevada se encuentra en el dominio Ambiente mientras que la puntuación inferior se encuentra en el dominio Físico. En términos de variables sociodemográficas edad, sexo, escolaridad, estado civil y patologías se concluyó que no existe relación con la calidad de vida en la escala WHOQOL-Bref. En la ESSS se verificó que el dominio con mayor puntuación es el de la satisfacción con la familia. Sin embargo, a pesar de la ausencia de asociación entre la satisfacción con la familia y todos los ámbitos de la calidad de vida, fue posible confirmar que cuanto mayor el nivel de satisfacción con el soporte social, mayor el nivel de percepción con la calidad de vida. Se concluye que la evaluación de la calidad de vida como desafío en las organizaciones de ancianos para reconsiderar y perfeccionar prácticas y modelos de gestión es pertinente.

Palabras clave: personas mayores, institucionalización, calidad de vida, apoyo social, Coimbra

Abstract

This study aims to evaluate and compare the quality of life of the institutionalized elderly person in the district of Coimbra, Portugal, together with the analysis of the influence of social relations on the quality of life of these elderly people. Through a quantitative, descriptive and analytical methodology with a convenience sample of 70 institutionalized elderly, the study has the specific objectives: (i) to compare levels of the general quality of life through the physical, psychological, social and environmental subdomains that contextualize the experience of the respondents; (ii) to determine the quality of life of the institutionalized elderly, noting if there are statistically significant differences according to sociodemographic variables; (iii) to evaluate the impact of social support on quality of life, in the context of the four institutions where the elderly in study are institutionalized. In this empirical study two evaluation instruments were applied: the WHOQOL-Bref and the Social Support Satisfaction Scale (ESSS). The statistical data obtained is described through descriptive statistics indicators. The inferential analysis is applied for hypotheses testing, considering the parametric and non-parametric proper tests. The results allowed to confirm that the individuals are generally satisfied with their quality of life, with the highest score being in the environmental domain while the lower score is in the physical domain. In terms of sociodemographic variables age, sex, schooling, marital status and pathologies, it was concluded that there is no relationship with quality of life on the WHOQOL-Bref scale. In the ESSS it was verified that the domain with the highest score is that of family satisfaction. However, despite a lack of association between family satisfaction and all areas of quality of life, it was possible to confirm that the higher the level of satisfaction with social support, the higher the level of perception with quality of life. It is concluded that the evaluation of quality of life as a challenge in organizations of the elderly in order to reconsider and improve management practices and models, is pertinent.

Keywords: elderly, institutionalization, quality of life, social support, Coimbra

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho representa o fim de um caminho de persistência e essencialmente de resiliência. Um trabalho cujos difíceis obstáculos pelo meio foram superados mas, simultaneamente, repletos de aprendizagens que possibilitaram, de todo, um maior enriquecimento pessoal e profissional da área social e de saúde.

Desta forma, só foi possível terminar uma etapa desta natureza com o auxílio destas pessoas que individualmente agradeço:

Aos meus pais declaro um enorme agradecimento pela realização deste trabalho, pelo apoio constante e amor incondicional. Do que sou hoje, devo isso a vocês.

À minha irmã, obrigada pela por todo carinho, confiança e por toda a força nos momentos mais difíceis. O que eu sou hoje também te devo a ti, à tua força de vontade.

Ao Ariano Ângelo, obrigada por todo o amor, paciência e compreensão nestes meses de trabalho em especial nos momentos mais difíceis que soube-me animar carinhosamente.

À Professora Doutora Alcina Nunes e à Professora Doutora Carminda Morais, agradeço a orientação dada durante a realização deste estudo e a disponibilidade demonstrada, mesmo com todas as suas responsabilidades profissionais.

À Liliana Camareiro, por toda a ajuda disponibilizada e excecionalmente pelas palavras de incentivo;

Ao grupo de investigação português da WHOQOL-Bref, pela autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados, particularmente à Professora Doutora Cristina Canavarro e à Cláudia Melo, por toda a disponibilidade e documentação facilitada para a execução deste trabalho investigação;

Ao Dr. José Luís País Ribeiro, pela autorização para aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social, enquanto instrumento de recolha de dados também utilizado;

A todos aqueles que tornaram esta investigação realizável, que colaboraram diretamente ou indiretamente nela e que finalmente, poderão brindar comigo a finalização desta etapa.

O meu muito obrigada!

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ASSCJ – Associação de Solidariedade Social Casa do Juiz

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CCDRC - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro

DSQO-LS - Diabetes Specific Quality of Life Scale

EASYCare Standard - *Elderly Assessment Sytem* (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas)

EORTC - *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

EQVE-AVC - Escala de Qualidade de Vida Especifica para utentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

GEP - Gabinete de Estratégia a Planeamento

IAQdV - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

INE - Instituto Nacional de Estatística

ISS – Instituto de Segurança Social

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto de Segurança Social

KDQOL-SF - *Kidney Disease Quality of Life Instrument*

NHP - *Nottingham Health Profile*

OMS - Organização Mundial de Saúde

QALY - *Quality Adjusted Life Years*

QdV - Qualidade de Vida

QdVRS – Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

QLQ-Core 30 - *Quality of Well-Being Scale*

QVC – Quinta Verde da Carapinheira

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCMMV – Santa Casa Misericórdia de Montemor-o-Velho

SCMVP – Santa Casa Misericórdia da Vila de Pereira

UE - União Europeia

Índice Geral

Índice de Figuras	xvii
Índice de Tabelas	xix
Introdução.....	1
1. Fundamentação Teórica	3
1.1 Processo de Envelhecimento.....	3
1.1.1 O Envelhecimento Demográfico em dados: o caso particular de Portugal	7
1.2 O envelhecimento e as questões sociofamiliares na atualidade	8
1.2.1 A idade da Reforma	8
1.2.2 A rede social e as relações familiares no cuidado ao idoso	10
1.3 O Papel das Instituições Particulares de Solidariedade Social para a população idosa	11
1.4 Qualidade de vida relacionada com a saúde	15
1.4.1 Origens e evolução da qualidade de vida relacionada com a saúde	15
1.4.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	18
1.4.3 (Re)pensar a Qualidade de Vida na população idosa	23
1.4.4 QdVRS: um desafio à gestão de IPSS	25
2. Metodologia	27
2.1 Problemática da Investigação	27
2.2 Questão de investigação, Finalidade e Objetivos	27
2.3 Tipo de Estudo	28
2.4 População e Amostra	29
2.5 Aspetos Éticos inerentes ao Processo de Investigação	31
2.6 Procedimentos e Instrumentos de Recolha de Dados.....	32
2.6.1 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-Bref.....	32
2.6.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social	33
2.7 Variáveis em Estudo	34
2.8 Hipóteses de Estudo	35
2.9 Método de análise	35
3. Análise Empírica: Apresentação e Discussão dos Resultados	36
3.1 Análise Estatística	36

3.2 Análise Inferencial	41
3.3 Discussão de Resultados	49
Conclusões	53
Referências Bibliográficas	56
Anexos	65
Anexo A WHOQOL-Bref	66
Anexo B Escala de Satisfação com o Suporte Social	70
Anexo C Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados WHOQOL-Bref	71
Anexo D Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados ESSS	72
Anexo E Pedidos de autorização às instituições para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados	73
Anexo F Consentimento Informado	81

Índice de Figuras

Figura 1: Mapa do distrito de Coimbra com a identificação da localização das instituições onde foi recolhida a amostra	30
Figura 2: Distribuição absoluta do tipo de doença (patologia) pelos utentes institucionalizados em cada uma das instituições em estudo	39

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa das variáveis sexo, nível de escolaridade e estado civil	37
Tabela 2: Distribuição estatística da variável idade	37
Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa do tipo de doença (patologia) pelos utentes institucionalizados em cada uma das instituições em estudo.....	38
Tabela 4. Distribuição estatística dos resultados obtidos nos instrumentos WHOWOL-Bref e ESSS por domínios.....	40
Tabela 5. Teste de Normalidade aos domínios de cada um dos instrumentos	41
Tabela 6. Correlação de Pearson entre a idade e os domínios da Qualidade de Vida.....	42
Tabela 7. Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o sexo e os domínios da qualidade de vida ..	43
Tabela 8: Correlação de Spearman entre a escolaridade e os domínios da Qualidade de Vida	44
Tabela 9: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o Estado Civil e os domínios da qualidade de vida	44
Tabela 10: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre as doenças dos inquiridos e os domínios da qualidade de vida	45
Tabela 11: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da qualidade de vida e as dimensões do suporte social.....	46
Tabela 12: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre os domínios da qualidade de vida em função de cada instituição.....	48
Tabela 13: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre os domínios da qualidade de vida em função de cada instituição.....	49

Introdução

A temática do envelhecimento na sociedade tem-se apresentado com profundo interesse científico ao nível das questões socioeconómicas o que, conseqüentemente, tem criado um impacto nas práticas e políticas públicas no setor da saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos, tendo em conta as suas próprias percepções, da família e da comunidade. Assim, são observáveis nas últimas décadas e até à atualidade, vários fatores globais como a melhoria das condições de vida e da saúde e o progresso tecnológico e medicinal, que incentivaram o envelhecimento populacional e encontra-se este associado também à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Este fenómeno que potencia o prolongamento da vida reforça o gradual interesse pelas questões da qualidade de vida e bem-estar pessoal, social e de saúde das pessoas idosas.

O processo de envelhecimento engloba o surgimento de determinadas perdas cognitivas e biológicas e de possíveis enfermidades devido a múltiplos fatores. A limitação nas atividades de vida diária, muitas vezes provenientes da frequência de doenças crónicas, leva à necessidade da institucionalização do idoso que possibilita um conjunto de fatores positivos, mas essencialmente, um contínuo acompanhamento profissional que conduzirá à melhoria da sua qualidade de vida tendo em conta a sua individualidade. Este conceito incorpora vários âmbitos, sendo a sua significância ampla e subjetiva, dado que varia através da época e crenças interpessoais. Neste contexto de institucionalização, a qualidade de vida apresenta-se como um sistema em permanente mudança onde o intuito é melhorar as condições técnicas e científicas que promovem o auxílio das necessidades de cada pessoa idosa. Assim, as instituições de solidariedade social que vão ao encontro deste objetivo, deparam-se com contínuos desafios na assistência ao indivíduo idoso e, como tal, a gestão de qualidade de vida é incentivada através de práticas diretas e indiretas quer nos utentes, quer na comunidade.

O conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde é, nesta situação, uma vertente muito utilizada em instituições para idosos como o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) dado que valoriza as expectativas dos utentes e inclusive a sua terapêutica como elemento primordial na promoção da qualidade de vida através da identificação de múltiplas formas de intervenção. Para a medição dos estados de saúde e satisfação com a qualidade de vida *versus* qualidade de vida relacionada com saúde em contexto institucional, os instrumentos de avaliação visam uma forma de facilitar a correta intervenção. Isto porque as informações adquiridas através destas avaliações permitem aos gestores de unidades de saúde e, inclusive aos cuidadores formais e informais, entenderem quais os pontos da qualidade de vida das pessoas idosas a que é necessária dar especial atenção em prol do melhoramento do estado destes.

Outro aspeto imprescindível é o conceito do suporte social inerente da qualidade de vida nos indivíduos idosos. O suporte social vem, essencialmente, complementar a análise do estudo desta problemática com a finalidade de entender a sua relevância e associação. Para Ribeiro e Paúl (2011), a longevidade tem vindo a assumir uma ótima oportunidade na promoção de um envelhecimento saudável, potenciando um papel mais ativo quer na sociedade, quer nos próprios

cuidados de saúde. Deste modo, irá permitir para a promoção de respostas mais eficientes para as suas necessidades e vontades.

Face ao acima exposto, a motivação para este trabalho de investigação deve-se, essencialmente, à pertinência da temática quer no contexto local, como distrital e nacional, uma vez que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida e o país sente a necessidade de potenciar meios que promovam condições favoráveis ao quotidiano da sua crescente população idosa em contexto familiar, institucional e comunitário. Por outro lado, outra grande motivação para a execução deste trabalho, e para o desenvolvimento deste tema em particular, deve-se ao facto da necessidade de se ir ao encontro da base de estudos da investigadora – Gerontologia Social – que a pretende conciliar com a temática da especialização em Gestão de Unidades de Saúde na vertente de instituições direcionadas a adultos e adultos idosos.

O trabalho foi desenvolvido em instituições do distrito de Coimbra. O distrito de Coimbra apresenta níveis de envelhecimento populacional preocupantes (CCDRS, 2010) e portanto, surgiu a necessidade a primordial questão de investigação: Qual a perceção geral da qualidade de vida dos idosos institucionalizados do distrito de Coimbra? Indo ao encontro a esta questão, foram quatro as instituições selecionadas convenientemente para participar neste estudo empírico com carácter quantitativo, descritivo e transversal. O objetivo, tal como já foi referido, é fundamentalmente avaliar os níveis da qualidade de vida geral através dos subdomínios físico, psicológico, social e ambiental dos idosos institucionalizados e simultaneamente, avaliar o impacto da qualidade de vida e do suporte social à luz dos contextos institucionais analisados.

Relativamente à estrutura da dissertação, inicia-se com esta introdução da temática evidenciando-se o objetivo, a principal questão de investigação e a pertinência da escolha do tema. Seguidamente, a fundamentação teórica está dividida em quatro partes: na primeira parte é abordada a questão do envelhecimento demográfico nomeadamente na atualidade e no contexto português, são discutidas algumas questões atuais e cruciais ao nível sociofamiliar como o caso do desafio da idade da reforma e das relações sociais no cuidado do idoso. Importa também refletir a congruência do papel das instituições para a população envelhecida face ao conceito de qualidade de vida destacando a interligação da qualidade de vida relacionada com a saúde, enquanto desafio na gestão de instituições, dando ainda especial relevância a alguns instrumentos gerais e específicos de medição desta problemática, instrumentos que são úteis e apropriados para a implementação em instituições.

Posteriormente é apresentada a descrição da metodologia aplicada nas instituições, definindo-se o esboço da investigação tendo como base os objetivos, seleção da amostra, bem como a apresentação dos instrumentos de avaliação e de análise dos resultados. Após a definição da metodologia, é salientada a apresentação dos resultados, utilizando estatística descritiva e inferencial, e realizada a discussão dos mesmos. Por fim, tendo como base os resultados obtidos, faz-se a apresentação de conclusões, inclusive a análise e limitações inerentes a este estudo, sendo ainda essencial a referência de algumas sugestões exequíveis que incentivem a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

1. Fundamentação Teórica

O estudo do fenómeno do envelhecimento começou a ganhar estatuto na década de 80 do século passado graças aos conhecimentos multidisciplinares acerca do envelhecimento e do estudo direcionado ao idoso, progredindo através de novas áreas de investigação e, consequentemente, a criação e melhoria de novos métodos de trabalho e de novas áreas de estudo, como a gerontologia (INE, 2002). De facto, no decorrer do processo de envelhecimento ocorrem algumas alterações no foro psicológico sobretudo ao nível do desempenho cognitivo, afetivo e social (Aversi-Ferreira, Rodrigues e Paiva, 2008; Berger & Mailloux-Poirier, 1995), sendo que muitas pessoas idosas demonstram dificuldades em adaptar-se aos seus novos papéis sociais e em manter um estado psíquico normal sem presenciarem alterações psíquicas. Consequentemente, apresentam dificuldades em manter a sua autoestima através da manutenção das suas capacidades físicas, sociais e mentais (Gonçalves, 2012).

Assim, torna-se imprescindível compreender o fenómeno do envelhecimento, nomeadamente ao nível nacional, e as particularidades do cenário demográfico português que apresentam desafios crescentes para o futuro. Por outro lado, é crucial perceber o processo de envelhecimento como um todo, ou seja, de acordo os vários contextos inerentes ao indivíduo enquanto sujeito em contínuo envelhecimento. Neste capítulo serão, então, abordados alguns desafios presentes no quotidiano dos idosos que tendem, maioritariamente, a ocorrer na dinâmica sociofamiliar e/ou na rede social em si.

1.1 Processo de Envelhecimento

O envelhecimento populacional é uma temática cada vez mais visível no século atual, tendo assumindo, nas últimas décadas, uma grande relevância no seio da saúde pública mundial. Já há mais de duas décadas, a Organização Mundial de Saúde, adiante designada de OMS, (OMS, 2015) tem aludido ao envelhecimento demográfico como o acontecimento mais considerável deste século nas sociedades mais desenvolvidas. Este aspeto deve-se particularmente aos seus encadeamentos nos domínios económico e social, bem como nas variações refletidas individualmente e em novos modos de vida. Tanto Cabral et al (2013) como Pocinho (2014) defendem que o envelhecimento demográfico advém das evoluções económicas, sociais, biomédicas, tecnológicas e da melhoria das conjunturas de vida da sociedade. Dado que potencia o desenvolvimento científico e social, acaba por agregar o envelhecimento como um acontecimento afirmativo para a população.

O envelhecimento demográfico relaciona-se com o acréscimo de casos de doença e consequente incapacidade, o que reforça o aumento dos custos em saúde. Todavia, é imprescindível conceber condições de saúde e socioeconómicas para que as pessoas idosas possam manter-se autónomas e independentes o maior tempo cronológico possível (Rodrigues et. al, 2016). Por outro lado, o decréscimo da capacidade de respostas relacionadas com aspetos tradicionais de apoio de

solidariedade intergeracional primária (Lopes & Lemos, 2012), o medo da privação do poder e o aumento da despesa pública acarreta consequências negativas para a sustentabilidade financeira da Segurança Social uma vez que a produtividade se reduz devido à estagnação da população e à não renovação das gerações (Rosa, 2012).

Atualmente existe uma previsão de uma maior limitação do poder de compra no segmento populacional das pessoas idosas.

O aumento dos preços ocasiona o aumento de despesas necessárias para garantir a melhoria de qualidade de vida, como o caso das despesas médicas, medicamentosas e de assistência domiciliária (Merck Sharp & Dohme, 2004). Ou seja, o envelhecimento cria desafios no contexto da saúde. Quanto mais doentes idosos, maior consumo de cuidados de saúde e, daí, um maior consumo de medicamentos e de necessidade de cuidados de saúde em instituições com finalidade para tal (Sousa, 2018). Por outro lado, no seio da sociedade, o envelhecimento acarreta, também, anomalias sociais, económicas e éticas (Sousa, 2018). Desta forma, devem ser consideradas medidas eficientes e eficazes, no âmbito da promoção da saúde, bem-estar e QdV e preventivas em prol da minimização dos gastos com cuidados de saúde e sociais (Azeredo, 2011).

O período de vida associado a maiores gastos de saúde situa-se nos últimos anos de vida. Todavia, a associação entre idade e gastos de saúde é influenciada pelo sistema de saúde do país, em particular, e pelas normas culturais. Este, pode implementar, sistemas de provedores, incentivos específicos e abordagens a idosos mais fragilizados (Hagist & Kotlikof cit. in OMS, 2015). No ponto de vista da OMS (2015), o gasto com as populações mais idosas não é considerado um custo, mas um investimento. Os custos referem-se a gastos em sistemas de saúde e cuidados a longo prazo. Já os gastos, vistos enquanto investimento, proporcionam um auxílio direto e indireto ao bem-estar das pessoas idosas. O retorno do investimento é direto pelo facto dos sistemas de saúde mais otimizados conduzirem, conseqüentemente, a um maior stock de saúde, permitindo uma maior participação e bem-estar de toda a população. Por outro lado, o investimento em cuidados de longo prazo resulta no auxílio direcionado às pessoas mais fragilizadas (com perda visível de capacidade de manter vidas dignas) e numa maior coesão social. Em conjunto com o argumento anterior, é importante salientar que a idade avançada não significa propriamente dependência (OMS, 2015). De acordo com a OMS, as pessoas idosas contribuem, para a economia, de forma menos tangível economicamente. Por exemplo, através de apoio emocional, em fases de maior *stress*, bem como no aconselhamento direcionado a problemas desafiadores. Para tal, deve a política ser moldada com o intuito de potenciar a capacidade dos idosos para realizar tais contribuições.

Neste contexto do envelhecimento, importa conhecer algumas particularidades referentes ao processo – o qual é inerente a cada pessoa no âmbito social e fisiológico. Posteriormente há a necessidade de reconhecer os desafios subjacentes ao processo do envelhecimento, desafios esses que envolvem o meio sociofamiliar da pessoa idosa.

O conceito de envelhecimento é bastante universal dado que é desencadeado através de percepções diversas de cada pessoa e, assim, acaba por não existir uma definição concreta e geral. Envelhecer é algo imposto a cada indivíduo dado que implica mudanças biológicas, psicológicas e fisiológicas

que decorrem ao longo da sua vida e em diversas fases etárias. O limite tradicional para se considerar um indivíduo idoso são os 65 anos, tomando-se, assim, como referência, inicialmente estabelecido na Alemanha com a idade da reforma.

No entanto, a velhice pode ser percebida em múltiplas idades expressas em contextos diferentes tendo em consideração diferentes tipologias. A idade cronológica reflete-se na passagem do tempo, através do número de anos, existindo a prevalência de risco de patologias quando o envelhecimento. A idade biológica enfatiza as modificações que o organismo apresentará com o avanço da idade, como é o caso da deterioração da capacidade de visão e da audição (Merck Sharp & Dohme, 2004). Porém, todo o organismo humano é diferente sendo que um indivíduo pode apresentar maior vulnerabilidade mais precocemente, podendo apresentar ser mais envelhecido aos 40 anos do que o indivíduo com 60 ou mais anos, e vice-versa.

O envelhecimento é habitualmente entendido pelo que acontece na generalidade das pessoas, incluindo as doenças comuns nos idosos e não implicando modificações inevitáveis ou desejáveis. Estas modificações (lentidão motora, debilidade muscular, perda de equilíbrio e de memória) não derivam somente do envelhecimento habitual, mas também, de um estilo de vida pouco saudável. Esta problemática leva ao tipo de envelhecimento saudável que retrata o adiamento ou a diminuição de consequências indesejáveis quando o processo de envelhecimento humano (Merck Sharp & Dohme, 2004). O Manual Merck (2004) constata a aquisição de hábitos saudáveis que diminuem o aparecimento ou agravamento de doenças e, conseqüentemente, a potencialização da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos idosos. Alguns destes hábitos refletem-se na prática de atividade física, boa nutrição e no estar cognitivamente ativo.

Continuando o enquadramento do envelhecimento, Berger (1995) afirma a existência de duas distinções: o primário e o secundário. O primeiro remete-se a mudanças irreversíveis, universais e progressivas como o caso do aparecimento de cabelos brancos e de rugas, perda de massa óssea e muscular, diminuição do equilíbrio, da velocidade e comprometimento cognitivo. O segundo é caracterizado pela ausência de patologias, sendo intrínseco ao organismo (hereditariedade) ou seja, são mudanças causadas por patologias que dependem da idade, sendo o tempo vivido significativo para o aumento da probabilidade de exposição a elementos de risco, apresentando o organismo uma gradual fragilidade com o avançar da idade (doenças cardiovasculares, respiratórias, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e depressão). Outros autores consideram que existe, ainda, um terceiro tipo de envelhecimento, designado de terciário. Este refere-se a alterações que podem ocorrer de forma precipitada num determinado momento da vida, ou seja, que antecedem imediatamente a morte, o que incute a hipótese da presença de um envelhecimento acelerado (Birren & Schroots, 1996).

Em suma, todas as alterações inerentes ao envelhecimento não se verificam sempre na mesma altura da vida em todos os indivíduos, pelo que dependem concretamente dos seus estilos de vida, da adaptação ao ambiente e de agressões internas e externas que cada um sofreu ao longo da vida (Azeredo, 2011). Para Oliveira (2008), o envelhecimento é um processo multidirecional, adotando diferentes formas e direções através de equilíbrios constantes entre perdas e ganhos. É

caracterizado pela sua plasticidade por influência das condições culturais e de contextos, como o histórico e a idade temporal.

Em resumo, podem sumariar-se as alterações fisiológicas/biológicas decorrentes durante o processo de envelhecimento:

- (a) Alterações físicas: surgimento de rugas, a pele torna-se cada vez mais seca, pálida; surgem manchas escuras, verrugas e estrias; saliências ósseas, alongamento das orelhas e nariz e aumento de pelos nestes locais; ombros mais redondos (Ribeiro, 2007; Santos, 2008);
- (b) Alterações cerebrais e cognitivas: perda de neurónios e dificuldade de reprodução; modificações ao nível da memória e da atenção desencadeando défice cognitivo; comprometimento na aprendizagem de novos conceitos e pensamento abstrato; fadiga e aumento de insónia (Ribeiro, 2007); conservação da memória a longo prazo;
- (c) Alterações sensoriais: percepções visuais, auditivas, gustativas, olfativas e táteis comprometidas, tendendo a diminuir; decréscimo da regulação da temperatura e da percepção da dor (Santos, 2008)
- (d) Alterações musculares: aumento da lentidão e diminuição da coordenação e do equilíbrio; diminuição da força e massa muscular; encurvamento da coluna vertebral e diminuição da estatura, tornando os ossos mais frágeis (Ribeiro, 2007; Santos, 2008); hipertrofia das fibras musculares que acabam por afetar os músculos da mastigação e da deglutição (Azeredo, 2011).
- (e) Sistema cardiovascular: diminuição da atividade sanguínea, tornando os vasos sanguíneos mais espessos e consequente maior risco de acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão, enfartes de miocárdio (Ribeiro, 2007; Santos, 2008);
- (f) Sistema respiratório: diminuição da capacidade vital durante o exercício (Spar & La Rue, 1998); redução da função respiratória devido à alteração na elasticidade dos pulmões e da parede torácica; diminuição dos mecanismos de defesa (reflexo da tosse, cílios, produção de muco) há uma maior probabilidade de infeções respiratórias (Azeredo, 2011; Ribeiro, 2007).
- (g) Sistema reprodutor: no sexo masculino, a ereção torna-se mais difícil de alcançar e a quantidade de esperma diminui; no sexo feminino, aos 50-55 anos a mulher diminui a capacidade de reprodução, o tamanho do útero e a capacidade de lubrificação diminuem, a resposta vaginal torna-se mais difícil de alcançar (Ribeiro, 2007);
- (h) Sistema urinário: maior prevalência de incontinência urinária e menor capacidade de retenção (Ribeiro, 2007).

Note-se, que o processo de envelhecimento é um fenómeno natural caracterizado pela perda progressiva da reserva funcional tornando o indivíduo mais prevalente a ter doenças e, consequentemente, menor esperança de vida. As pessoas idosas são acometidas, com maior frequência, por doenças crónicas que podem, potencialmente, acarretar perda da capacidade

funcional, dificultando ou impedindo o independente desempenho das atividades quotidianas (Sampaio, 2004 cit in Moreira & Gomes, 2014).

1.1.1 O Envelhecimento Demográfico em dados: o caso particular de Portugal

Segundo Pires, Dias, Couto e Castro (2013), estimava-se que, em 2050, existirão mais de dois mil milhões de pessoas com idades acima dos 60 anos. De acordo com o *Population Reference Bureau* (2012) considera-se que este fenómeno será significativamente notório no continente europeu nos próximos anos cuja população contará com cerca de 16% de idosos: Ainda, de acordo com a mesma instituição Portugal assumirá um lugar de destaque na Europa – ocupará o 5º lugar como um dos países europeus mais envelhecidos (a população contará com 19% de idosos).

O Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) (GEP, 2017) realizou, em Portugal, um relatório sobre o terceiro Ciclo de Revisão e Avaliação da Estratégia de Implementação Regional do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento. Neste relatório constatou-se que, em 2015, 2,1 milhões de pessoas - quase 20% da população portuguesa - tinham 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a crescer e espera-se que a tendência se mantenha. De acordo com as projeções nacionais prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e, em 2060, cresçam para 29%. O número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos mais que duplica entre 2015 e 2060, projetando-se que passe dos 614 mil para os 1 421 mil indivíduos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2017), o índice de envelhecimento poderá aumentar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. O envelhecimento populacional português pode estabilizar quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações começarem a entrar na faixa etária de 65 e mais no ano em 2060. Isto porque, face a 2016, 20,7% da população era idosa (65 ou mais anos), apresentando um problema emergente na sociedade contemporânea portuguesa (INE, 2017). Neste sentido, um milhão de portugueses têm mais de 75 anos, o que propicia uma densidade populacional envelhecida.

Ao nível distrital, somente cinco distritos (Braga, Porto, Aveiro, Setúbal e Faro), localizados no litoral do território continental, registaram, em 2016, uma percentagem de população com 65 ou mais anos inferior à média do Continente (21,4 %). Pelo contrário, os territórios do interior do país apresentam uma proporção de população idosa mais elevada. Ao nível concelhio, os concelhos correspondentes à Área Metropolitana de Lisboa e a Área Metropolitana do Porto são os menos envelhecidos (Carta Social, 2016).

Assim, o cenário demográfico português resultante do envelhecimento populacional, advém da combinação do decréscimo da população jovem em simultâneo com o aumento da população idosa. O decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa são transversais a todas as

NUTS II¹ seguindo a tendência que se verifica, hoje em dia, com maior intensidade nos países em desenvolvimento. Ao nível europeu, a proporção de idosos em Portugal é superior à da média dos 28 países da União Europeia (UE), sendo o 4º país com maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália (INE, 2017).

Segundo Pinto (2014), as modificações na estrutura etária da população portuguesa traduzem-se pela diminuição constante da taxa de natalidade, sendo que as gerações deixam de ser numericamente substituídas e o lugar dos adultos e dos idosos aumenta no total. Este declínio está associado a diversos fenómenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho, a generalização da utilização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa. Acresce ainda o aumento da esperança média de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora. Por fim, no caso português e no início da última década, o aumento da emigração portuguesa como um dos fatores potenciadores da estrutura etária de Portugal (Pinto, 2014).

1.2 O envelhecimento e as questões sociofamiliares na atualidade

Há medida que o fenómeno de envelhecimento se amplia, novas questões desafiadoras para uma sociedade em contínua mudança vão surgindo. Estas são questões individuais (dos indivíduos seniores), familiares, locais, regionais, nacionais e internacionais (Azeredo, 2011). Todavia, a capacidade de resposta de cada idoso às novas condições é variada de acordo com os traços de personalidade e este fator pode ser relativamente proporcional às medidas socioambientais que contextualizam a sua vivência quotidiana, possibilitando uma minimização dos riscos e otimização do seu bem-estar. Por exemplo, o acesso a ajudas técnicas e estratégias em prol do envelhecimento ativo.

1.2.1 A idade da Reforma

Com o envelhecimento a decorrer, são colocadas várias questões sociofamiliares que, muitas das vezes, colocam em causa o bem-estar das pessoas idosas.

Relativamente ao caso da idade de reforma, o acesso à mesma fomenta uma perda de papéis em várias áreas inerentes ao trabalho, sistema familiar e social dos idosos. Para Azeredo (2011), a idade cronológica estabelecida pela sociedade permite, a quem se reforma, uma exclusão do mundo laboral, porém e em simultâneo, aos olhos da sociedade o trabalho é visto como um elemento integrador no espaço social. Neste sentido, as consequências são visíveis pela perda de relação com a comunidade e é sentida como uma agressão havendo necessidade de uma mobilização de

¹ NUTII – Nomenclatura de unidade territorial de nível II. Em Portugal são: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores

energia e ajustamento ao novo universo de sociabilidade. Todavia, a capacidade de cada idoso às novas condições é variável, de acordo com a personalidade (Azeredo, 2011).

Tal como mencionado anteriormente, a idade da reforma e do início da velhice é estabelecida pela maior parte das sociedades europeias aos 65 anos. No presente ano, a idade de reforma em Portugal é de 66 anos e quatro meses, porém, em 2019, a idade normal aumentará para 66 anos e 5 meses (Art.1.º, do DL n.º 13/2018, de 18 de junho).

Dado que a reforma apresenta uma perda de papéis (que deverão ser substituídos), a sociedade está hoje a repensar esta idade inicialmente estabelecida. Como hoje em dia muitos dos idosos são “mais jovens” ao nível de autonomia e independência, a sociedade estabelece uma certa flexibilidade nesta idade de reforma. Existem empresas que estabelecem o direito a uma pré-reforma - o indivíduo deixa de trabalhar e é chamado em caso de necessidade ou fica, somente, como consultor transmitindo os seus conhecimentos e sua experiência aos mais jovens. Por outro lado, se o próprio indivíduo se sentir capaz, pode perfeitamente continuar a trabalhar após a idade da reforma².

O grande desafio para o idoso, aquando o processo de reforma, é a reorganização do seu quotidiano, encontrando um papel que garanta a manutenção do seu sentido de utilidade social (Sousa, 2006). Neste sentido, uma boa rede social, rendimento económico suficiente e estado de saúde otimizado são fatores que possibilitam a edificação desta nova fase. Para Schaie e Willis (2002, cit. In Figueiredo, 2007), as fases de adaptação à reforma são cinco: (1) o período de lua de mel (a euforia do recém-reformado ao tentar realizar tudo aquilo que não conseguiu fazer antes); (2) o período de descanso e relaxamento (o reformado decide viver calmamente a sua nova condição); (3) o período de desencantamento (quando as perspetivas em relação à reforma não correm como o planeado ou quando os planos são interrompidos inesperadamente - surgimento de uma doença, por exemplo); (4) o período de reorientação (o reformado enfrenta a nova condição, explorando formas de reestruturação e rotina à reforma); e (5) a fase final que consiste no desenvolvimento de uma rotina estável e satisfatória.

No caso do enfraquecimento das funções de relação interpessoal, tal situação conduz, basicamente, a uma vida social baseada no anonimado devido ao isolamento. Uma pessoa idosa que viva na periferia da cidade tem uma decadência maior do que a que vive dentro da cidade, uma vez que tem mais alternativas para se entreter e conviver com a sociedade de forma constante. No entanto, por motivos económicos, muitos idosos vêm-se obrigados a habitar em locais desagradados no centro de uma cidade. A ausência de elevadores e acesso a escadas e a ausência de referências culturais e afetivas (inclusive dentro do seio familiar), leva a que haja, parcialmente, uma substituição da família por parte das instituições de solidariedade social.

Clarificando, a mobilidade dificultada leva ao isolamento dentro do espaço social assim como aos meios de comunicação. Há a necessidade de criar estruturas de apoio social e de ocupação dos tempos livres adaptadas, planificar e atuar em serviços de saúde com capacidade para fomentar

² Este é um direito que se contempla na legislação portuguesa.

respostar às diversas adversidades e situações de saúde de idosos que vivem só ou com outros idosos (frequente nos centros das cidades e nas aldeias) tendo por base todo o contexto sociodemográfico e não somente as estatísticas operacionais de saúde (Azeredo, 2011).

1.2.2 A rede social e as relações familiares no cuidado ao idoso

O contacto dos filhos que vivam fora do lar paterno é frequente, embora caracterizado por um envolvimento diferente. No entanto, no fim da vida, os filhos adultos tendem a constituir-se como pilares de apoio para a maioria dos idosos. Talvez por isso, a aproximação se sinta mais do lado dos progenitores, que sentem maior necessidade de apoio e têm mais tempo disponível, enquanto os filhos vivem os constrangimentos profissionais e assumem as responsabilidades de cuidar dos próprios filhos. Neste sentido, os filhos apresentam-se juntos dos pais idosos como fonte do apoio emocional e instrumental e os idosos manifestam o sentimento de cuidar das relações mais novas assumindo o papel de avô (Figueiredo, 2007).

Para muitos idosos a rede social é a própria família, no entanto existem idosos que têm uma rede mais alargada, onde os familiares coexistem a par de outro tipo de vínculos, como os amigos e vizinhos. Enquanto os familiares podem prestar apoio emocional a longo prazo, os vizinhos tendem a prestar apoio em relação às questões instrumentais que requerem atenção imediata. Todavia, também existem idosos que, infelizmente, não possuem qualquer familiar na sua rede social. As razões prendem-se, essencialmente, com contextos de conflito e afastamentos que demarcaram as relações familiares e, portanto, estes idosos passaram a ter uma rede social pautada por relações de não parentesco (Figueiredo, 2007). Por outro lado, também existem idosos que nunca casaram ou são viúvos e nunca tiveram filhos ou irmãos.

Para Azeredo (2011) a existência, no agregado familiar, de um ou mais elementos com doenças crónico-degenerativas (demências, cancro, artrite) ou, ainda, de idosos fragilizados alvo de cuidados que exigem um progressivo aumento de horas a cuidar e um envolvimento psicoafectivo maior, tende a causar alterações na estrutura familiar. Se existe harmonia, coesão, afetividade e comunicação, a situação pode ser mantida (apesar da fadiga). Porém, noutras circunstâncias, se existir rutura familiar, o melhor poderá ser institucionalizar o idoso. Cuidar, no domicílio, de um idoso dependente pode não ter a anuência de todos os elementos do agregado. Por isso, é uma situação que muitas vezes gera conflitos no subsistema conjugal ou nas gerações mais novas (Azeredo, 2011). Para Pereira (2012), são as mulheres que mais focam na prestação de cuidados aos idosos dependentes. Os cônjuges são a primeira fonte de assistência no cuidado enquanto as filhas são as que mais se envolvem nos cuidados aos seus familiares. Como tal, é raro que a prestação de cuidados não afete o conjunto das redes relacionais. A relação de dependência implica muitas vezes uma nova percepção de si e do outro para todos os membros da família, em especial o cuidador, e a pessoa idosa. Os próprios idosos sentem-se incapacitados na realização de atividades de vida diárias (AVD).

No que diz respeito à satisfação conjugal na velhice, esta depende de fatores como a saúde ou do estabelecimento de uma relação de dependência entre os cônjuges. Neste último caso, a morte e a doença são razões de mudança que obrigam a uma reestruturação dos padrões de funcionamento na família. A reação emocional perante a morte do cônjuge é complexa pelo que pode gerar sentimentos de revolta, negação ou alívio que, muitas vezes, desencadeia sintomatologia depressiva que, posteriormente, tende a desaparecer ao fim de algum tempo (dois anos). Azeredo (2011) considera o caso das relações entre irmãos que tendem a intensificar-se devido à maior disponibilidade do tempo, aproximação do fim e à valorização das memórias da vida.

1.3 O Papel das Instituições Particulares de Solidariedade Social para a população idosa

Aquando a crescente incapacidade de resposta dos sistemas de cuidados informais às necessidades das pessoas idosas, emergiu a necessidade de conceber e desenvolver estruturas de apoio e de acolhimento à população mais envelhecida ou que carecem de cuidados contínuos (Pereira, 2012). Como tal, são várias as instituições, sem fins lucrativos, prestadoras de cuidados diretos a estes indivíduos. Este tipo de organizações está incluído no terceiro setor resultante da estrutura social e político-económica da economia (para além do setor público e privado). As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) não têm como objetivo principal o lucro, sendo constituídas por iniciativa de particulares com a finalidade de auxiliar a população de todas as faixas etárias nas suas principais necessidades de sobrevivência. Têm, portanto, um dever moral de justiça e solidariedade entre todos os cidadãos (Bordalo & Cruz, 2010).

Kalache (2009) considera que perante as necessidades da sociedade, esta carece de apoios a diversos níveis e principalmente nas faixas etárias mais idosas. O elevado número de pessoas idosas dependentes acarreta a necessidade de respostas sociais, muitas vezes, devido à ausência de alternativas na própria comunidade ou carência de recursos sociais e económicos. Nesta faixa etária, a dependência é algo que gera uma grande sobrecarga para as famílias, em particular, e sociedade, em geral. Refira-se, nomeadamente, os hospitais que se veem confrontados com situações de carácter social e de saúde que, após a fase aguda da doença, requerem meios para que a pessoa consiga reintegrar-se.

Para Apelles (2015) existem uma variedade de estruturas com funções que promovem o apoio da pessoa idosa através de formas distintas, com o intuito de incentivar a sua autonomia, beneficiando a sua permanência no seu domicílio e na comunidade. Num contexto de envelhecimento, e dado que se verifica a necessidade de respostas que vão de encontro ao apoio social e de saúde dos mais idosos, são as famílias, amigos e/ou vizinhos enquanto cuidadores informais, e serviços diários ao domicílio e as instituições, onde constam cuidadores formais, que fornecem essas respostas.

Através do Decreto-Lei nº 64/2007, artigo 4º, as IPSS auxiliam crianças, idosos, pessoas com doença de foro mental ou psiquiátrico, grupos vulneráveis, família e comunidade. Estas instituições são sustentadas pelo Estado através de Acordos de Cooperação para defesa dos direitos e

obrigações das partes, estando sujeitas à sua tutela (Paulos, 2010). As respostas sociais que se enquadram no contexto das IPSS são, segundo Andrade e Franco (2007), integradas numa missão de apoio social, de lazer, cultural, de investigação e inclusive defesa dos direitos humanos e ambientais. Uma vez que estas instituições têm parceria com o Estado, existe uma maior possibilidade de estes reconhecerem as suas maiores fragilidades e a hipótese de aquisição de financiamento, bem como a melhoria dos serviços e equipamentos para os clientes. Muitas das IPSS, em Portugal, são dirigidas pela Igreja Católica, como é o caso das Santas Casas de Misericórdia, intermediadas por provedores, e dos Centros Paroquiais de Solidariedade Social, intermediadas por párocos.

Verifica-se a existência de várias respostas sociais possíveis, como as do setor de saúde (cuidados continuados, cuidados domiciliários integrados e hospitais), e as sociais (lares, centros de dia, de convívio e de noite, e serviço de apoio domiciliário (SAD)). O Instituto de Segurança Social [ISS], (2017) indica algumas das principais respostas sociais direcionadas às pessoas idosas que incorporam um vasto conjunto de serviços, nomeadamente: (1) o serviço de apoio domiciliário, (2) o acolhimento familiar, (3) os centros de dia, de noite e de convívio, (4) residência, (4) lar de idosos, entre outros (ISS, 2017).

O SAD é uma resposta alternativa que retarda a institucionalização de pessoas idosas no sentido de garantirem a qualidade de assistência aos utentes atuando com pessoal qualificado em toda a comunidade (Augusto, 2005). Segundo o ISS (2017), esta resposta é desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, ou outra razão, são incapazes de assegurar, parcial ou permanentemente, a execução das AVD.

O Acolhimento Familiar é uma resposta social que pretende integrar, de forma temporária ou permanente, idosos (e famílias aceites) desenvolvendo, por meio de um conjunto de cuidados acessíveis e articulados de prestação social e de saúde, em contexto domiciliário durante vinte e quatro horas (ISS, 2017).

O Centro de Dia é uma resposta social cujo objetivo é produzir um serviço direcionado à manutenção das pessoas idosas no meio social e familiar, contribuindo para evitar e retardar a institucionalização prevenindo, consequentemente, situações de dependência e incentivando a importância da autonomia (ISS, 2017).

O Centro de Noite tem como finalidade acolher, de modo noturno, dando prioridade a pessoas idosas com autonomia que muitas vezes vivenciam situações de isolamento, insegurança e solidão (ISS, 2017).

O Centro de Convívio é uma resposta desenvolvida em equipamento social através de um conjunto de atividades recreativas e socioculturais, contribuindo para a participação ativa das pessoas idosas (ISS, 2017). Esta resposta social potencializa o envelhecimento ativo e bem-sucedido dado que invoca recursos necessários de estimulação de autonomia no idoso.

O Lar de Idosos é uma resposta social desenvolvida em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), com o objetivo de alojar coletivamente, de forma parcial ou permanente, pessoas idosas ou outras pessoas com ou sem risco de dependência e não autonomia (ISS, 2017).

A Residência é uma resposta social, em equipamento, incorporando um conjunto de apartamentos com áreas e serviços de utilização igual para pessoas idosas ou outros indivíduos com autonomia parcial ou total (ISS, 2017).

Neste trabalho de investigação serão abordadas IPSS com uma maior vertente social, não excluindo as de saúde, como o caso da referência aos cuidados continuados integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta é uma resposta social cuja finalidade é corresponder às necessidades de cuidados dos indivíduos dependentes. Para a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, a RNCCI tem como patamar principal a criação de um sistema de serviços de saúde e apoio social de incentivar o recurso à autonomia com a implementação de um plano de cuidados de reabilitação apropriados. Para além disso, os Cuidados Continuados Integrados estão incorporados no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de Segurança Social com a finalidade de proporcionar continuamente aos utentes o tratamento de doença e inclusive intervenção preventiva (Art.5.º do DL n.º 101/2006, de 6 de junho).

A ajuda aos mais carenciados na aquisição de bens materiais e afeção permite uma melhoria do seu bem-estar pessoal, logo é imprescindível o auxílio direto aos indivíduos no que se refere às necessidades de saúde, alimentação, alojamento e combate à exclusão social³. Desta forma, as IPSS devem ser lideradas por empreendedores sociais que propiciem o envolvimento dos idosos, da família e da comunidade num esforço de participação, inclusão e progresso. Estas organizações devem produzir bens e serviços para os clientes de modo que estes possam obter uma condição de vida melhorada, mais digna, e que possa solucionar as suas dificuldades/privações, indo ao encontro das suas necessidades básicas e instrumentais. As IPSS devem melhorar a autonomia e independência dos clientes através de uma vasta oferta de equipamentos, serviços e profissionais competentes (Neto & Froes, 2002).

Em Portugal, a evolução do número das principais respostas de apoio à população idosa tem ostentado um crescimento muito positivo (59%) entre 2000 e 2016. (Carta Social, 2016). Neste modo, a evolução da taxa de utilização de respostas a esta população tem registado algumas oscilações nos últimos anos, sendo que em 2016, a utilização média das principais respostas situava em 76,3 %. No mesmo ano, a resposta social de ERPI observou níveis de ocupação acima de 90%, enquanto as restantes respostas foram registando quebras na ocupação, apresentando taxas abaixo de 80%. Estes fatores explicativos inerentes relacionados com as dificuldades financeiras sentidas, nos últimos anos, pelas famílias portuguesas. Para além disso e tal como mencionado anteriormente, o aumento das necessidades dos utentes associadas ao envelhecimento da

³ Para Maslow (1970), o comportamento do indivíduo organiza-se através das necessidades fisiológicas (necessidades básicas), de segurança (relacionadas com a estabilidade individual), sociais (relações humanas), de autoestima (reconhecimento das próprias capacidades) e de autorrealização (autonomia, independência e autocontrolo) dos indivíduos que os transformam em fontes de motivação.

população também potencia a procura dos utentes para respostas que implicam a sua institucionalização, a ERPI e RNCCI.

Após a referência do papel das IPSS, é primordial abordar a pertinência do ambiente destas valências para a população mais envelhecida. Assim, é fulcral refletir as particularidades inerentes do processo de institucionalização juntamente com o modo como este influencia o bem-estar pessoal desta população. Um ambiente institucional é essencial para o acolhimento adaptado às variadas necessidades dos clientes. Considera-se que existe institucionalização da pessoa idosa quando esta recebe cuidados diretos durante 24 horas, ou apenas parte do dia, numa instituição de solidariedade social. Clarificando, as pessoas idosas residentes institucionalizadas são as que se encontram a viver durante 24h, no caso das ERPI, os lares e as residências.

A institucionalização é, muitas vezes, um momento penoso já que a maioria dos idosos deseja permanecer na sua própria casa até ao final dos seus dias. Contudo, este desejo nem sempre é cumprido quando o indivíduo necessita de cuidados. É nesta altura que as instituições são requisitadas, tendo em conta o apoio que as mesmas são capazes de oferecer. Face à perda da vida ativa e da realidade, como até aqui era conhecida, existe uma sensação de melancolia e tristeza. O idoso é agora confrontado com uma nova realidade, à convivência com um grupo de pessoas desconhecidas e ainda ao cumprimento das regras estipuladas pela instituição. É forçado a adaptar-se a todo um novo mundo, mesmo que não seja esse o seu desejo (Cardão, 2009).

Gamburgo e Monteiro (2009), defendem que entre as causas sociais da institucionalização estão a solidão, o abandono, a carência, a falta de uma rede social de suporte e a impossibilidade de ajuda da família. Como causas económicas, salientam as necessidades decorrentes dos problemas de saúde ou dependência e a diminuição do poder aquisitivo (onde se inclui a impossibilidade de pagar por determinados serviços, de manter a sua casa ou manter uma alimentação adequada).

Quando um idoso passa a ser institucionalizado, não significa que é inativo. Com o decorrer do processo de envelhecimento vai perdendo a sua capacidade de mobilização e, porventura, outras capacidades fundamentais para a execução das suas atividades de vida diária (AVD). Nestes casos é essencial atenção prévia às demais alterações no idoso de modo a agir de forma preventiva. Para Moura e Pereira (2016), o ambiente institucional deve ter como patamar principal a promoção da autonomia no idoso, a valorização da história de vida de cada um e a estimulação cognitiva, de forma a impulsionar os seus interesses e capacidades. Nos idosos institucionalizados, a estimulação da autonomia é a base para um envelhecimento ativo e saudável, aumentando a qualidade de vida pelo facto de incentivar o direito à liberdade de escolha, ao poder de decisão, à autodeterminação, à dignidade e integridade (Moura & Pereira, 2016). As mesmas autoras indicam que a valorização da história de vida, na instituição, é crucial para a exploração dos interesses e capacidades de cada idoso no sentido de demonstrar a utilidade de cada um, transmitindo a mensagem de que o processo de aprendizagem é eterno.

Faria (2016) considera que a institucionalização traz benefícios ao nível das condições materiais, como a habitação e o acompanhamento médico. Porém, é também acompanhada por um decréscimo de contacto com pessoas significativas e com a rede de suporte social, evoluindo para

uma situação de isolamento. Nos idosos institucionalizados, a instituição é a sua maior figura de suporte. No geral, verifica-se que a família tem um papel fundamental enquanto agente da rede de apoio social pelo que, em contexto institucional, o papel da família é indispensável para o idoso.

Todas as IPSS podem e devem cooperar para que o idoso tenha objetivos de vida dimensíveis e executáveis de forma a encontrar agrado pessoal. Esta satisfação pessoal irá posteriormente contribuir para ganhos em saúde (Moura & Pereira, 2016). De acordo com as autoras, as relações sociais estabelecidas na prática diária em ambiente institucional têm em especial atenção a necessidade de compreensão do cliente por parte dos cuidadores bem como as relações interpessoais entre idosos com a finalidade de garantir um ambiente de interação humanizado. As autoras, consideram, ainda, que as valências direcionadas à prestação de cuidados diretos e indiretos à pessoa idosa devem garantir espaços funcionais adaptados às necessidades manifestadas pelos clientes para evitar potenciais sentimentos de frustração, por parte destes, gerado pelo desinteresse e aumento de isolamento provocado pelos espaços.

Para Pereira (2012), o lado positivo da institucionalização é o acesso mais democratizado das pessoas em relação aos benefícios de conhecimento técnico e científico. Desta forma, o cenário da institucionalização é privilegiado para uma positiva utilização em termos sociais da ciência, sendo este fator, um benefício evidente da pós-modernidade. No caso do aspeto mais negativo deste fenómeno, o autor afirma que a instituição surge aquando a sua substituição (de forma excessiva) aos contextos tradicionais de socialização, como o caso da família, grupos de amigos de infância e/ou de terceira idade, convívio intergeracional espontâneo, formas de educação não-formal e entre outros. Não obstante, é essencial procurar o equilíbrio entre os espaços e tempos de socialização tradicionais e o processo de institucionalização. Desta forma mais do que não condicionar negativamente as vidas dos idosos, na atualidade, o desafio coloca-se, em todos os contextos nomeadamente institucionais, em “dar mais vida aos anos”, ou seja, na promoção efetiva do seu bem-estar e da qualidade de vida.

1.4 Qualidade de vida relacionada com a saúde

Dentro da qualidade de vida existem várias áreas chave que incorporam vários paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas deste setor nas últimas décadas. Assim, torna-se indispensável explanar as suas origens e o modo como a mesma evoluiu ao longo do tempo na sociedade. Contudo, no âmbito da saúde populacional é possível averiguar o profundo interesse da avaliação da qualidade de vida importando, fundamentalmente, analisar o impacto psicossocial e físico que as incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas.

1.4.1 Origens e evolução da qualidade de vida relacionada com a saúde

A temática da qualidade de vida é um aspeto envolvente da felicidade humana, sendo esta uma visão filosófica bastante conhecida de Aristóteles. A definição de felicidade humana é, segundo Canavarro (2010), vista numa perspetiva eudemonista - isto é, a felicidade é o caminho seguido

pelo ser humano com a finalidade de obter a excelência física e moral. O hedonismo e o epicurismo são outras duas respostas que, segundo a mesma autora, são congruentes com o conceito de felicidade enquanto desejo de alcançar prazer e bem-estar (ao contrário do sofrimento e dor, subjacentes aos diversos contextos de vida no indivíduo).

O conceito de qualidade de vida (QdV) surgiu em 1920, mencionado por Pigou, no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). Este conceito não alcançou êxito tendo sido alterado, a partir da segunda metade do século XX (mais propriamente em 1960) visto que, inicialmente, era associada a uma abordagem economicista, baseado nos rendimentos e bens materiais dos indivíduos. Para Ribeiro, A, Souza, E., Atie, S., Souza, A & Schilithz (2008), o conceito de qualidade de vida passa a ser estudado não somente como uma representação social, com parâmetros objetivos - que derivam da satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento socioeconómico inerente na sociedade - mas, também, subjetivos - comodidade, felicidade e concretização pessoal. O autor refere, ainda, que o grau de satisfação humana, nas diferentes esferas de vida, relaciona-se com o padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade.

O termo qualidade de vida surgiu com o intuito de ultrapassar delimitações presentes na sociedade, na qual o bem-estar é influenciado pelos aspetos económicos (Canavarro, 2010)⁴. Segundo a autora, Oliver et al (1996) adotou o conceito de QdV acrescentando aos indicadores sociais alguns indicadores de rendimento económico como o emprego, o grau de envolvimento nas atividades políticas, o estado de desenvolvimento e conhecimento da tecnologia, o acesso a serviços de saúde, lazer e educação, as mudanças sociofamiliares e a estratificação social. Ainda a mesma autora, citando Oliver et al (1996) e Phillips (2006), refere que após a década de 80 do século XX, o conceito de QdV era influenciado por dois fatores: (1) a ocorrência de alterações no âmbito do bem-estar material e inclusive na desigualdade da distribuição socioeconómica; e, (2) a ausência de condições materiais adequadas, objetivos de vida e o modo como cada sujeito se sente e sente a própria realidade. Este último aspeto foi bastante visível nos países com níveis de progresso socioeconómico acentuado que apresentaram, simultaneamente, um aumento nos níveis de abuso e consumo de substâncias e da prática de suicídio. Ambos os fatores demonstraram o conceito subjetivo da avaliação da QdV. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua vida, de acordo com a sua cultura e sistema de valores em que se insere, tendo em consideração os seus objetivos, expectativas e preocupações.

Existem três características principais e comuns aos diversos autores que definem o conceito de QdV, segundo esta organização: a multidimensionalidade (área física, psicológica e social), a bipolaridade (aspetos positivos e negativos) e a subjetividade (OMS, 1995).

Para Canavarro et al (2010) é importante investigar os aspetos da vida para calcular o conceito de forma objetiva e subjetiva. Estes aspetos estão relacionados com as atividades, experiências

⁴ Segundo Canavarro (2010), em 1964, o presidente norte americano Lyndon Johnson, utilizou o conceito de QdV relacionando-o com a economia do país de modo a explicar a insuficiência de indicadores económicos na avaliação do bem-estar das populações, mencionando, ainda, que o avanço de uma economia não conseguiria ser somente calculado através da simetria da balança económica, mas através da QdV que beneficia a sociedade.

pessoais, realizações e os contextos ao redor do indivíduo. Contudo, no sentido que o indivíduo possa estar satisfeito com a sua vida, é fulcral que cumpra as suas necessidades básicas e relacionadas com a própria saúde. Caso contrário, a satisfação com a vida e a qualidade da mesma não cumpre o rumo espectável. A necessidade de estudar a relação entre QdV e saúde tornou-se significativa a partir dos anos 90 do século passado quando surgiu a revista científica internacional “*Quality of Life Research*”. No processo de cura do doente deixou de ser suficiente aspirar somente à eliminação dos sintomas passando a valorizar-se, igualmente, o bem-estar físico, mental e saúde deste.

A OMS (1946) define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a presença de patologias. A conceção de QdV na área da saúde é nova e resulta dos padrões definidos pelas políticas do setor da saúde nas últimas décadas. O construto da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) surgiu no contexto da saúde, da psicologia e da economia com o objetivo de entender e analisar as percepções relativas à doença, em especial quando se trata de doença crónica. Para além disso, também pretende estudar os variados modos de tratamento e gastos de saúde (Pires, 2009). Para Ferreira e Ferreira (2006), a forma como as pessoas consideram a sua situação de saúde tem sido cada vez mais valorizada nos trabalhos de investigação científica e em tomadas de decisão clínicas, assim como no planeamento em saúde.

O conceito de QVRS pode ser explícito como a percepção que o indivíduo tem das consequências de uma doença e da percepção acerca do tratamento da doença. Existem quatro domínios que contribuem para a QVRS: (1) o funcionamento físico e profissional; (2) o estado psicológico; (3) a interação social; e, (4) as sensações somáticas (Schipper, Clinch, Powell, 1990 cit in Canavarro et al., 2010). Este conceito de QVRS levou a valorizar as expetativas do indivíduo e a relação terapêutica/doente como elemento mediador na promoção da QdV do doente. O paciente quando procura um médico, não o procura porque sente alguns sintomas alarmantes, mas porque nota que a sua própria QdV se deteriorou. Dito de outra forma, este conceito depende da distância que se estabelece entre a experiência da doença que o indivíduo atravessa e as expectativas formuladas sobre a sua recuperação. Quanto mais positivas forem essas expectativas, mais benéfico é o impacto que se tem sobre a QdV do indivíduo. Para fomentar um maior nível de QVRS deverá o gestor de unidades de saúde encontrar um equilíbrio entre as expectativas, valores e preocupações dos indivíduos, na sociedade em que os sujeitos estão inseridos, e o respeito com os sentimentos relacionados com a satisfação com a vida e que indiciam um estado de saúde físico e mental otimizado.

Em síntese, enquanto a QdV é a percepção que uma população de indivíduos, grupo ou apenas um indivíduo tem acerca da própria vida, no âmbito dos seus sistemas de valores e cultura e relativamente aos seus padrões, expectativas e objetivos de vida, a QVRS constitui a mesma percepção, mas direcionada ao contexto da saúde e bem-estar pessoal (Leung et al., 2011).

1.4.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

O interesse pela utilização de instrumentos de QVRS tem vindo a crescer já que estão associados a medidas de produto e de ganhos em saúde. A sua aplicação é efetuada através de inquéritos/questionários populacionais, avaliações económicas de custo-efetividade e utilidade, no acompanhamento de uma enfermidade ou condição de saúde, bem como em ensaios clínicos (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012). Para Amorim (1999), um instrumento de avaliação de qualidade de vida deve avaliar a forma como os sintomas da doença e o seu tratamento são vivenciados pelo indivíduo. Baseiam-se, maioritariamente, na autoavaliação de aspetos relacionados com as atitudes, os comportamentos e as emoções.

Avaliar o estado de saúde populacional possibilita definir níveis de comparação intergrupais, detetar iniquidade em relação a patologias, áreas geográficas, condições sociais, condições económicas (classes de rendimento ou profissão, por exemplo), ou relativamente à idade e género. No sentido de facilitar a tomada de decisão clínica ou, em caso institucional, dentro de numa equipa multidisciplinar, devem os profissionais entender as várias formas e tratamentos que podem afetar, de forma quantitativa ou qualitativa, o bem-estar dos utentes. Para tal, os instrumentos têm como missão potenciar a missão dos profissionais de saúde e de ação social na adequação dos seus papéis, permitindo-lhes tomar uma decisão em relação a um determinado tratamento ou serviço

Santos (2005) expresso por Pires (2009) considera que a gestão da saúde, o conhecimento acerca dos interesses pessoais dos utentes, a avaliação do efeito da terapêutica, ou de determinado serviço, e a monitorização da saúde da população geral são alguns dos objetivos da avaliação da QdV. De facto, a avaliação da QdV é a crucial na área do conhecimento científico, uma vez que este conceito, na área de saúde, pode ser estudado de forma geral ou, de forma mais específica, através da QdVRS – que inclui critérios de satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconómico e cultural. A utilização de instrumentos de avaliação da QdV permite uma avaliação mais objetiva e clara do impacto global das doenças crónicas, sendo bastante útil na avaliação da população idosa. Estes instrumentos são habitualmente produzidos em países de língua inglesa para seguidamente serem traduzidos e validados para diferentes línguas e culturas (Aguiar, Vieira, Carvalho e Montenegro, 2008).

A avaliação da QdV pode ser efetuada através de instrumentos genéricos e por instrumentos específicos pois fornecem informações diferentes e podem, inclusive, estar relacionadas entre si. As escalas genéricas de avaliação de QdV são multidimensionais e foram desenvolvidas com o objetivo de avaliar o impacto causado por uma doença, avaliando vários aspetos (capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental). Recorre-se a este tipo de instrumentos quando se pretende analisar o efeito de políticas e programas de saúde, como a atribuição de recursos a serem utilizados ou na comparação entre duas patologias distintas (Aguiar et al., 2008; Amorim, 1999).

No caso da QdVRS, os instrumentos de avaliação são específicos para determinadas patologias, e direcionados inteiramente para doenças consistentes ou problemáticas (Fonseca et al, 2009). Uma

vez que estes instrumentos específicos têm possibilidade de informar, de forma válida, os profissionais de saúde que trabalham com determinadas áreas de doença, não podem ser utilizados para comparações entre diferentes intervenções. Um número mais reduzido de indivíduos fornece apenas uma síntese da QVRS (Fonseca et al., 2009). Apesar de também poderem ser multidimensionais, as escalas específicas têm como fundamento avaliar a percepção geral da QdV dando maior ênfase aos sintomas, incapacidades ou limitações relacionadas a determinada doença. Têm a vantagem de analisar com maior profundidade as alterações na QdV em determinadas ocorrências relativas à saúde do indivíduo. Ou seja, analisam especificamente aspetos de QdV, como a dor, a capacidade funcional e estado emocional (Aguar et al., 2008).

1.4.2.1 Instrumentos Genéricos

Os instrumentos genéricos que a seguir se apresentam enquadram-se nos vários conjuntos de indicadores sociais e ambientais de qualidade de vida, estabelecidos como objetivos concretos para o público alvo – a população idosa.

a) WHOQOL-100/Bref

Devido à necessidade de instrumentos de QdV inicialmente identificados, o grupo WHOQOL (Grupo da Qualidade de Vida) da OMS criou o WHOQOL-100, um questionário que permite avaliar a qualidade de vida com base numa visão transcultural onde se incorpora um conjunto extensivo de 100 questões através dos seguintes patamares de análise: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspetos espirituais/crenças pessoais/religião.

A necessidade de instrumentos que possibilitem um tempo menos extensivo para o preenchimento e com atributos psicométricos favoráveis, impulsionou o grupo WHOQOL a desenvolver uma versão reduzida do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref. O questionário é constituído por duas partes distintas. A primeira parte destina-se à caracterização sociodemográfica enquanto a segunda parte corresponde à Escala de Avaliação da Qualidade de Vida. Este questionário é traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra et al. (2006) e incorpora 26 questões, sendo duas questões gerais acerca da QdV e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas constituintes do instrumento original (WHOQOL-100).

Enquanto no WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por somente uma questão. Este último é uma alternativa útil em estudos epidemiológicos ou em utilização com múltiplos instrumentos de avaliação (Vaz Serra et al., 2006). A caracterização do WHOQOL-Bref será posteriormente explicada em detalhe enquanto instrumento de recolha de dados deste estudo em concreto.

b) *EASYCare Standard (Elderly Assessment Sytem)*

O Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas (versão 2008) tem como objetivo caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas a partir dos 64 anos. Tem como objetivo avaliar a percepção desta população em relação às suas capacidades, tratando-se de um instrumento de avaliação de necessidades. Encontra-se dividido em 9 áreas: aspetos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, habitação, situação económica, saúde, saúde ambiental e bem-estar, e cuidados familiares. Sendo um instrumento recomendado pela OMS, deve ser utilizado em vários contextos: contato inicial entre a pessoa idosa e os serviços sociais e de saúde (processo de admissão), alteração da saúde física, cognitiva e social, processo de despistagem, monitorização dos cuidados prestados, investigação da QdV e QdVRS e na avaliação do idoso aquando o encaminhamento para um determinado apoio ou serviço de saúde. O preenchimento desta avaliação é realizado com a ajuda de um profissional de saúde ou de ação social, podendo ser útil o envolvimento de um familiar ou cuidador. É um instrumento eficaz e auxilia os profissionais na melhoria dos cuidados prestados ao idoso, beneficiando o trabalho de equipa (Figueiredo e Sousa, 2001 cit in. Silva, 2010).

c) Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)

Este instrumento enquadra-se na versão australiana de avaliação da qualidade de vida, o *The Assessment of Quality of Life Instrument (AQoL)* da autoria de Graeme Hawthorne, Jeff Richardson, Richard Osborne e Helen McNeil (Hawthorne, Richardson & McNeil, 1997). Este instrumento foi traduzido e validado para a versão portuguesa que permite atender à QdVRS, podendo ser utilizado como um instrumento psicométrico produzindo resultados de estados saúde, estimando um valor de QdV global entre os idosos portugueses e discriminando quais os fatores que mais contribuem para a mesma (Fonseca et al., 2009). É constituído por 15 itens, através de 5 categorias de QdV – doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico. Neste instrumento, quanto mais baixa for a pontuação, melhor a avaliação da respetiva qualidade de vida, quer por fator quer em termos globais. Este último é obtido para a QdV global pela soma das pontuações obtidas em cada item (Fonseca et al., 2009).

d) *EuroQoL (EQ-5D)*

Este instrumento genérico de QdVRS apresenta multidimensionalidade e tem como objetivo avaliar o estado de saúde do indivíduo através de 5 domínios: mobilidade, cuidados próprios, atividade habitual, dor e desconforto, e ansiedade e depressão. Cada um destes domínios tem três níveis de gravidade relacionados: nível 1 (sem problemas), nível 2 (alguns problemas) e nível 3 (problemas extremos). Inclui ainda uma escala analógica visual em que o indivíduo classifica o seu estado geral de saúde de 0 (pior imaginável) a 100 (melhor imaginável) (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013). O EQ-5D permite ainda que o inquirido forneça, confrontando com o seu grau geral de saúde nos 12 meses anteriores, uma percepção do seu estado de saúde (EuroQol Group, 1990). Nota: Este

instrumento encontra-se validado ainda que não esteja publicado a artigo do EQ-5D com cinco dimensões e não com três.

e) *Medical Outcomes Study (MOS) 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36v2)*

Para Ferreira e Pereira (2003), o instrumento foi desenvolvido para a segunda versão, em 2003, tendo sido traduzido e adotado para português de Portugal com a finalidade de avaliar a população de forma holística, analisar as políticas de saúde e as práticas e pesquisas no contexto clínico. Abrange 36 itens e mede as 8 principais dimensões relacionadas com a saúde. Estas dimensões envolvem a função e o desempenho físico (impacto na qualidade de vida das limitações físicas como as situações no quotidiano do indivíduo), a dor (intensidade e o incómodo causado pela dor, bem como a interferência desta no trabalho normal e/ou no quotidiano), a saúde geral (perceção geral da saúde, englobando a saúde atual, a resistência à patologia e o aspeto saudável), a função e desempenho emocional (limitações em saúde devidas a problemas emocionais no dia-a-dia, (des)motivação, saúde mental – ansiedade e depressão), a função social (quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas) e a vitalidade (relacionado com a intensidade da energia e fadiga) (Ferreira et al., 2012). Este questionário pode ser autoadministrado e tem uma duração estimada de dez minutos. Segundo estes autores, o questionário é um dos mais usados pelo que apresenta boa fiabilidade e validade tendo como janela de medida as últimas quatro semanas de vida do indivíduo.

f) *Nottingham Health Profile (NHP)*

O Perfil de Saúde de Nottingham é um instrumento genérico e autoadministrado com o objetivo de analisar a qualidade de vida dos indivíduos. Apresenta um total de 38 itens tendo como base a classificação de incapacidade descrita pela OMS através de respostas sim/não. Este instrumento estuda o indivíduo através de 6 categorias que abrangem o nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas. Apresenta uma fiabilidade e validade (Teixeira-Salmela et al., 2004).

g) *Quality of Well-Being Scale (QWB)*

O QWB é um instrumento longo, com 71 itens, que avalia a qualidade de vida geral, nomeadamente o bem-estar dos indivíduos através de três domínios: a mobilidade, a atividade física e a atividade social. Este questionário inclui, ainda, uma lista de sintomas ou outras anomalias que podem originar impacto na QdV das pessoas. A janela de medida corresponde aos últimos seis dias do inquirido através de uma pontuação de 0 a 1. Enquadra-se numa entrevista autorrespondida com uma duração média de aplicação de vinte minutos (Seiber et al., 2008).

1.4.2.2 Instrumentos Específicos

Os instrumentos específicos que a seguir se apresentam enquadram-se nos vários conjuntos de indicadores sociais e ambientais de qualidade de vida, estabelecidos como objetivos concretos para o público alvo – a população idosa.

a) *WHOQOL-Old*

O Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL possuindo um módulo específico para a população idosa. O instrumento pretende obter 8 parâmetros, correspondentes ao resultado total e a 7 facetas: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, intimidade e família/vida familiar (Vilar, 2010). Pretende conseguir um resultado geral para analisar a QdV nesta população. Através deste instrumento a medição da QdV dá-se pela correspondência dos valores mais elevados que se traduzirão numa qualidade de vida apropriada (Vilar et al., 2010; Vilar et al., 2014).

b) *The Quality of Life Questionnaire (QLQ-Core 30)*

Este questionário multidimensional é elaborado pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, tendo sido aplicado para a versão em português, onde foi traduzido e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro, Candida e Santos (2008). (É constituído por 30 questões que pretendem avaliar o domínio físico, psicológico, o nível de independência, o aspeto social e o ambiente envolvente (recursos financeiros e vivência no lar). Estas questões estão divididas em 3 escalas e 15 subescalas, divididas da seguinte forma: i) o estado global de saúde e qualidade de vida; ii) a escala funcional que considera o funcionamento físico, limitações funcionais, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social; e, iii) a escala sintomática formada pelas subescalas fadiga, náuseas e vômitos, dor, falta de ar, insónia, falta de apetite, obstipação, diarreia e as dificuldades financeiras. Pode ser aplicado juntamente com o QLQ-BR23, direcionado à avaliação do impacto da doença oncológica mamária, nomeadamente a influência do tratamento da mesma na mulher (Monsanto et al., 2013).

c) *Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL-SF)*

Este instrumento específico de avaliação da qualidade de vida tem como finalidade avaliar esta problemática em doentes com insuficiência renal aquando da realização do processo de diálise. Incorpora dois instrumentos: o ESRD (*End Stage Renal Disease*) e o SF-36. É constituído por 43 questões, direcionadas à doença renal, e por 36 questões genéricas (inclusive uma acerca da identificação geral da saúde do utente). Todas as questões estão associadas em 19 dimensões, das quais as 11 primeiras são: sintomas/problemas, efeitos da doença renal na vida diária, peso da doença renal, atividade profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual,

sono, apoio social, encorajamento do pessoal de diálise e satisfação do doente. As restantes 8 são referentes às dimensões do SF-36. Demora, aproximadamente, dezasseis minutos a ser preenchido. Ferreira e Anes (2010) concluíram pela fiabilidade e validade deste instrumento, tendo o mesmo sido otimizado para a investigação científica em Portugal (Ferreira & Anes, 2010).

d) *Diabetes Specific Quality of Life Scale (DSQO-LS)*

A Escala de Qualidade de Vida Específica da Diabetes criada por Bott e colaboradores é um instrumento específico para pessoas com diabetes Mellitus tipo 1. Tem como finalidade avaliar quatro componentes da qualidade de vida, a física, emocional, social e funcional. É constituída por 64 perguntas, das quais dez são direcionadas para os objetivos do tratamento individual, 10 para a satisfação com o êxito do tratamento e as restantes 44 direcionadas ao sofrimento relacionado com esta patologia. Apresenta validade e fiabilidade e aplicável na sociedade portuguesa (Ferreira & Neves, 2002).

e) Escala de Qualidade de Vida Específica para utentes que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (EQVE-AVC)

Este instrumento pretende avaliar a perceção da QdV das pessoas após a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC). Tem como base o instrumento original SS-QoL desenvolvida por Williams e colaboradores, em 1999, e, posteriormente, traduzido e validado para a população portuguesa por Malheiro, Nicola e Pereira (2009). Este instrumento é formado por 49 itens divididos por doze dimensões: energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, disposição, personalidade, autocuidados, papel social, capacidade mental, função do membro superior, visão e o trabalho/produktividade. São agrupados através de uma escala Likert variando entre 1 e 5 (em que o menor valor representa pior QdV). Apresenta uma boa validade e fidedignidade intraobservador (Malheiro, Nicola & Pereira, 2009).

1.4.3 (Re)pensar a Qualidade de Vida na população idosa

A QdV na população idosa é, para Coste (1993), a preparação para a reforma através dos âmbitos psicossociais e físicos, o prolongamento da autonomia através da execução do período de atividade, a diminuição das fragilidades, tendo em conta as doenças crónicas que provocam desconforto, e o impulsionamento de um suporte emocional ao idoso, à família e/ou cuidador, no sentido de permitir um decréscimo no stress mental e físico. Para Pereira, Alvarez e Traebert (2011), a QdV na velhice relaciona-se com a competência adaptativa nas dimensões emotiva, cognitiva e comportamental. Estas modificações atravessam a capacidade da pessoa idosa lidar com os fatores stressantes, como doenças degenerativas, capacidade de resolução de problemas, desempenho e competência social.

Como já foi referido, existem diversos fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas. Diversos estudos apontam fatores como o estado de saúde geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de ócio e tempo livre, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidade de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, o ambiente, o estado do local onde vive, os recursos e serviços e o acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de vida, as aspirações e expectativas com a vida, encontram-se relacionados com a qualidade de vida dos idosos (Llobet et al., 2011).

Para muitos idosos a institucionalização não constitui uma alternativa adequada, enquanto para outros se torna uma solução para os seus problemas e dificuldades. Ser institucionalizado não pode ser apresentado como uma solução para quem não tem apoio informal, mas como uma oportunidade da população idosa poder beneficiar de uma melhor qualidade de vida (Daniel, 2009 cit in Faria, 2016). Moura e Pereira (2016) consideram que a QdV na pessoa idosa institucionalizada corresponde à satisfação pessoal que cada um tem de si mesmo, do seu bem-estar físico, pessoal, mental, social e espiritual. A perceção de QdV em termos físicos passa pela qualidade de saúde e autonomia, capacidades residentes para a realização das AVD, sendo estas que influenciam a satisfação e, por conseguinte, a QdV do idoso. O sentido como este percebe a sua própria saúde e o modo como encara o seu processo de envelhecimento são relevantes para o seu bem-estar geral (Pimentel, 2006).

A melhoria da QdV é algo pretendido por toda a população, inclusive a população idosa. À medida que os anos passam, e dadas as diferentes trajetórias da vida, os idosos pretendem adquirir uma maior dignidade e satisfação pessoal. A QdV está assente nos domínios histórico, cultural, psicossocial e extensão regional que cada sujeito idoso vivencia. (Award & Voruganti, 2000). Por outro lado, a avaliação da QdVRS é fulcral tanto nos indicadores clínicos como na perceção que os utentes idosos têm sobre si mesmos, sendo que esta pode ser influenciada por características ambientais e pessoais.

Para Castro e Amorim (2016), a QdV é vista como um relevante indicador de adaptação à velhice em prol da longevidade. Enfatiza o envelhecimento bem-sucedido, a manutenção da autonomia dos indivíduos, dando oportunidade aos idosos de usufruírem a sua participação na sociedade de forma ativa. Assim, manter os idosos ativos deve ser o foco das IPSS, dando-lhes acesso à realização de atividades adequadas ao seu interesse - em sintonia com as suas próprias capacidades. Por exemplo, o simples hábito de dobrar guardanapos ou realização de simples tarefas do quotidiano, como confeção de bolos (Moura & Pereira, 2016). Sentirem-se em casa e satisfeitos com a sua própria vida mesmo em contexto institucional é um aspeto imprescindível que uma IPSS deve ter em conta na sua gestão.

1.4.4 QdVRS: um desafio à gestão de IPSS

A avaliação da QdVRS é fulcral, tanto nos indicadores clínicos como na percepção que os utentes idosos têm sobre si mesmos, sendo que esta pode ser influenciada por características ambientais e pessoais. Esta última está relacionada com a subjetividade do próprio bem-estar geral, o que poderá, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida dos indivíduos. Conhecer a percepção da QdVRS de uma pessoa tem sido cada vez mais um paradigma essencial da vigilância e prevenção de saúde (Fonseca et al., 2009). A recuperação de uma patologia não é o único resultado das intervenções de saúde, pelo que muitos serviços são criados com a finalidade de prevenir deteriorações da qualidade de vida (Bowling, 1991 cit in Fonseca et. al, 2009). Implicará, portanto, a necessidade da avaliação das intervenções relacionadas com a saúde, sendo estas fomentadas no âmbito dos resultados obtidos com a implementação de programas nesta área.

A gestão da pessoa idosa deve ser realizada de forma que a prestação de cuidados seja eficaz, privilegiando a satisfação e indo de encontro às necessidades desta população. O conhecimento e a compreensão das dimensões pertinentes na vida dos idosos, viabiliza a intervenção no domínio da saúde (e no domínio social), em especial na redução das consequências sociais e pessoais - aquando do processo de envelhecimento - e no aprimoramento do perfil de atuação e gestão das respostas sociais para a forma como os seus utentes envelhecem e habitam os espaços (Castro & Amorim, 2016). Agir em prol da qualidade de vida dos utentes, enfatizando a saúde dos mesmos, deve ser um aspeto que todos os equipamentos de solidariedade social devem ter em consideração na sua atuação dado ser um fenómeno emergente dado o crescente envelhecimento populacional. estratégia de gestão de instituições, a QdVRS deve ser incrementada tendo com base todos os critérios funcionais inerentes a cada idoso.

Um indivíduo idoso que apresente insatisfação com a sua vida, patologias crónicas ou deterioração de um determinado estado de saúde pode apresentar um decréscimo da sua QdV, e vice-versa. Nas instituições direcionadas ao cuidado de pessoas idosas é pertinente a existência de instrumentos que medem a QdVRS através dos recursos existentes. Portanto, analisar a instituição tendo por base indicadores que medem os anos de vida ajustados pela qualidade, conhecidos como QALY (*Quality Adjusted Life Years*), é essencial para a gestão da mesma. Este indicador, segundo Agostinho (2015), surgiu na década de setenta do século XX sendo uma medida de efetividade para as análises custo-efetividade capaz de integrar, numa única medida de ganhos em saúde, efeitos de morbilidade (ganhos em qualidade de vida) e efeitos de mortalidade (ganhos em quantidade de vida).

Um idoso não sujeito a determinadas intervenções cruciais para o seu estado de saúde vive menos anos e acaba por diminuir a sua esperança média de vida, isto é, apresenta uma QdVRS que se deteriora. A maximização da saúde de uma dada população e a otimização dos recursos da IPSS são aspetos a considerar relativamente à combinação da qualidade e quantidade de vida. Comparar o custo-efetividade de um determinado serviço e realizar escolhas apropriadas mediante as necessidades do utente em relação ao orçamento da IPSS é um aspeto fulcral a ter em conta. Os QALYS auxiliam na medição do estado de saúde do utente idoso com a presença ou ausência de

patologias/sintomas de acordo com a sua perceção (através do bem-estar subjetivo) durante um tempo determinado. Os QALYs permitem examinar os benefícios em saúde alcançados através de distintas opções de ação, apresentado considerável informação para a tomada de decisão em saúde no que concerne à maximização dos benefícios de saúde obtidos (Agostinho, 2015).

A QdVRS enquanto um desafio na gestão de IPSS convoca a necessidade destas instituições avaliarem as intervenções relacionadas com a funcionalidade e o bem-estar dos utentes. Este facto é essencial como forma de conhecer os ganhos alcançados pelos idosos, isto é, a sua eficiência (Lima & Portela, 2010). É pertinente para os gestores de unidades de saúde ou, neste caso de IPSS, tenham a perceção da QdVRS dos seus utentes no sentido de tomarem decisões mais sólidas, apropriada às necessidades gerais dos utentes para que estas sejam atenuadas e/ou eliminadas, permitindo assim a melhoria da sua QdV e o alcançar de ganhos em saúde.

2. Metodologia

Para Fortin (1999), a investigação científica corresponde a um processo organizado que possibilita a verificação de fenómenos com a intenção de alcançar respostas para questões precisas que merecem uma investigação. O mesmo autor (Fortin, 2009) considera que a metodologia é orientada por técnicas e métodos tendo como base o trabalho de pesquisa alcançado. Como tal, o próprio investigador definirá quais os elementos mais apropriados a utilizar de forma a obter respostas para os problemas e questões desenvolvidas relativas à problemática em estudo. Assim, o presente capítulo descreve a componente empírica da dissertação. Serão apresentados: (i) a justificação do objeto em estudo, (ii) os objetivos que se pretende alcançar, (iii) o tipo de estudo, população e amostra, (iv) as variáveis, (v) as diferentes hipóteses e, por fim, (vi) as questões éticas orientadoras da investigação, os procedimentos e instrumentos referentes à recolha de dados.

2.1 Problemática da Investigação

Visto que um trabalho de investigação se inicia sempre pela definição de um problema, é essencial construir um modelo que permita uma aproximação ao seu estudo. Isto é, define-se um modelo hipotético quanto à forma como as variáveis se relacionam ou contribuem para o fenómeno em causa. As fases seguintes irão permitir testar tal modelo e, por conseguinte, aceitar ou contestar as hipóteses que lhe estão subjacentes (Almeida & Freire, 2003).

Este trabalho de investigação surge pela necessidade de refletir a perceção da sociedade quanto a questões inerentes à velhice, indo ao encontro da necessidade de resolver problemáticas relacionadas com o envelhecimento. Muitos dos desafios que as pessoas idosas encontram no seu quotidiano, tal como referido no capítulo anterior, levam a que a sua qualidade de vida seja colocada em causa. Existe uma preocupação crescente das diversas necessidades que a população idosa apresenta e, inclusive, a pertinência da identificação destas mesmas necessidades no sentido de traçar estratégias que vão de encontro à melhoria da sua qualidade de vida.

Como tal, este estudo tem como objetivo primordial, a análise do modo como as pessoas idosas institucionalizadas percecionam a sua qualidade de vida. Por outro lado, também poderá tornar perceptível a análise da influência das relações e suportes sociais face à qualidade de vida dos mesmos idosos. Esta é uma temática imprescindível uma vez que com o passar das gerações e com o incremento (e a ausência) de respostas e políticas sociais e de saúde, a problemática da qualidade e satisfação de vida são inteiramente influenciadas, quer negativa quer positivamente, pela sociedade.

2.2 Questão de investigação, Finalidade e Objetivos

Através dos objetivos operacionais, a investigação poderá identificar as componentes descritivas dos fenómenos, as suas características, o seu nível ou intensidade e o grau de variação conjunta

que podem apresentar. Assim, o investigador, nos termos propostos por Almeida & Freire (2003), poderá comparar (recolhendo vários conjuntos de dados e estimando eventuais diferenças em termos de proporção ou de médias), associar (apreciando o grau de variação conjunta apresentada por dois ou mais conjuntos de dados), ou correlacionar (apreciando o grau de variação conjunta de duas ou mais variáveis). De modo a ir ao encontro da problemática formulada anteriormente, existem várias questões-chave de investigação.

- (i) Qual a perceção geral da qualidade de vida dos idosos institucionalizados do distrito de Coimbra e os domínios da QdV mais positivos e/ou negativos?
- (ii) Será que o contexto institucional destes idosos tem proporcionado uma QdV satisfatória?
- (iii) Qual o nível de satisfação com o suporte social dos idosos dentro do contexto institucional?

Clarificando, a realização deste estudo tem como objetivo principal avaliar e comparar a qualidade de vida da pessoa idosa que se encontra institucionalizada numa região demográfica particular - o distrito de Coimbra. Assim, o trabalho de investigação tem como finalidade contribuir para o entendimento do impacto da qualidade de vida nas diversas áreas que incorporam a mesma ao redor do indivíduo e de forma a perceber as diferenças estatísticas da problemática face à caracterização sociodemográfica dos indivíduos envolvidos no estudo. Em termos mais específicos, espera-se que o trabalho de investigação permita:

- (i) Perceber a importância dos domínios da qualidade de vida nas pessoas idosas com base na revisão da literatura;
- (ii) Comparar os níveis da qualidade de vida geral através dos subdomínios físico, psicológico, social e ambiental que contextualizam a vivência das pessoas idosas inquiridas;
- (iii) Determinar a qualidade de vida do idoso institucionalizado, percebendo se há diferenças estatisticamente significativas de acordo com variáveis sociodemográficas em estudo;
- (iv) Avaliar o nível do suporte social na qualidade de vida, no contexto das instituições particulares de solidariedade social.

Juntamente com os resultados obtidos, o presente trabalho de investigação poderá contribuir para a promoção de uma melhor perceção da problemática em estudo e consequentemente, na implementação de estratégias que possam melhorar a QdV da população em estudo.

2.3 Tipo de Estudo

Para Fortin (1999) o desenho de estudo implica uma planificação detalhada e coerente, realizada pelo investigador, com o objetivo de obter as explicações às questões de investigação. Neste

sentido, este trabalho de investigação, para além de abranger uma componente teórica que servirá de base para contextualizar a problemática em análise, apresentará um estudo empírico com carácter quantitativo, descritivo e transversal. O estudo é quantitativo e descritivo e analítico pois, através de informação estatística quantitativa que foi recolhida ao longo do trabalho de investigação, permite identificar, descrever e dar a conhecer as características da amostra de acordo com a aplicação do instrumento de avaliação. O estudo é ainda transversal uma vez que a investigação foi realizada durante um determinado momento de tempo tendo tido toda a disponibilidade da investigadora e das instituições para a obtenção dos dados referentes à amostra. Considera-se que sendo a amostra composta por um conjunto de indivíduos idosos não seria adequado aplicar um diferente tipo de estudo.

2.4 População e Amostra

Neste trabalho de investigação, a população em estudo está institucionalizada em instituições dispersas pelo distrito de Coimbra. Assim, em primeiro lugar irá apresentar-se uma caracterização das mesmas de modo a dar a conhecer a população no contexto espacial e de políticas públicas, dando maior ênfase aquelas que abordam a temática do envelhecimento.

Localizado na região centro de Portugal, o distrito de Coimbra refere-se à província histórica da Beira Litoral (com a exceção de alguns concelhos que incorporam as províncias da Beira Alta e Beira Baixa). Abrange uma área de 3 947 km², sendo delimitada a norte pelos distritos de Aveiro e Viseu, a leste pelos distritos de Guarda e Castelo Branco e a sul pelo distrito de Leiria. Faz fronteira a oeste com o Oceano Atlântico. É constituído por 17 municípios e 155 freguesias (INE, 2012). Apresenta assimetrias visíveis ao nível socioeconómico e demográfico, dado que existe maior concentração populacional na zona litoral ao invés do interior. É um dos distritos mais populacionais do país, sendo relevante pelas condições de empregabilidade, havendo fortes movimentos pendulares e fortes ligações entre os restantes distritos. Por outro lado, a região encontra-se próxima das grandes áreas metropolitanas do país, uma vez que está localizada no centro do país apresentando uma mais valia ao nível de acessibilidade de deslocação.

Em termos demográficos, o distrito apresenta níveis de envelhecimento populacional preocupantes sendo que o índice de envelhecimento na região se encontrava com um rácio de 201,4%, no ano de 2016. Este facto significa que, por cada 100 jovens com idades inferiores a 14 anos, existiam 201 indivíduos com mais de 65 anos, neste ano. Este valor é bastante superior aos 150,9%, verificados para o total da economia portuguesa, no mesmo ano, o que significa que estamos perante uma região (e um país) com um elevado envelhecimento populacional. Acredita-se que o índice de envelhecimento no distrito de Coimbra se deve ao elevado número de reformados por velhice, invalidez e sobrevivência registados pela Segurança Social (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro [CCDRC], 2010). A grande extensão geográfica do distrito para o interior do país, englobando anomalias ao nível da mobilidade, com presença de uma população envelhecida e a restrita dimensão da faixa litoral onde se centralizam os setores de

economia são, em jeito de conclusão, alguns dos problemas existentes no distrito. Consequentemente estes fatores conduzem a algum desequilíbrio no acesso aos cuidados de saúde. Note-se, no entanto, que ao nível de cuidados de saúde primários, no distrito de Coimbra se verifica uma homogeneidade na oferta de cuidados de saúde primários. A apresentação de uma boa rede nacional de cuidados continuados integrados e a quantidade e qualidade de recursos existentes (rede pública hospitalar completa e o crescente número de instituições de saúde relacionadas com a rede privada) são, também, alguns dos aspetos positivos que possibilitam a distinção do distrito face aos restantes (com a exceção de Lisboa e Porto) (CCDRC, 2010).

Num trabalho de investigação, a população em estudo corresponde à totalidade de indivíduos ou objetos que apresentam características similares (Hill & Hill, 2012). Estes mesmos autores (Hill & Hill, 2012), consideram a existência de dois tipos de populações ou universos: o alvo e o inquirido. O primeiro é formado de acordo com o conjunto total dos casos enquanto o segundo é formado pelo conjunto total destes casos que estão disponíveis para amostragem, e a partir dos quais o investigador pretende retirar conclusões.

Como é particularmente árduo analisar uma população na totalidade, será preferível constituir uma amostra dessa mesma população. Posto em evidência este aspeto, a amostra é composta por indivíduos oriundos do distrito de Coimbra, nomeadamente aqueles institucionalizados na Santa Casa Misericórdia da Vila de Pereira (concelho de Montemor-o-Velho), da Associação de Solidariedade Social Casa do Juiz (concelho de Coimbra), da Quinta Verde da Vila de Carapinheira (concelho de Montemor-o-Velho) e da Santa Casa Misericórdia de Montemor-o-Velho (concelho de Montemor-o-Velho). De modo a corresponderem aos objetivos de investigação, estas amostras são provenientes de instituições com respostas sociais dedicadas à terceira idade. Na Figura 1 é possível observar a localização das instituições onde se encontram institucionalizados os idosos que constituem a amostra em estudo.



Figura 1: Mapa do distrito de Coimbra com a identificação da localização das instituições onde foi recolhida a amostra

Fonte: Comarca de Arganil (2012)

O método de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística por conveniência uma vez que se pretendeu selecionar um conjunto de observações por via de uma mais fácil acessibilidade. Foi considerado uma amostra de 70 indivíduos institucionalizados nas diferentes instituições mencionadas anteriormente. A população total institucionalizada, no momento de realização do estudo, nas quatro instituições em análise era de 225 utentes. Apesar desta população estar distribuída pelas quatro instituições em estudo, as características das instituições e a sua proximidade geográfica (Ver Figura 1) indiciam alguma homogeneidade. Assim, considerando a fórmula de cálculo da dimensão de amostras para populações de pequena dimensão (como esta), pode-se afirmar que o erro amostral associado a esta amostra para um intervalo de confiança de 95% é de 9,74%. Note-se, no entanto que sendo um amostra não probabilística por conveniência, a representatividade da população institucionalizada não está garantida.

A obtenção da amostra foi possível tendo em conta a disponibilidade e adesão por parte da população, considerando os seguintes critérios de inclusão: ser idoso (ou seja, possuir uma idade igual ou superior a 65 anos), ser residente no distrito de Coimbra, estar institucionalizado nas instituições selecionadas e apresentar a função cognitiva apta para a colaboração na investigação, nomeadamente nas indicações verbais estabelecidas aquando a apresentação dos instrumentos. Clarificando, a seleção da amostra foi efetuada obedecendo aos critérios de inclusão no estudo, em geral, assim como tendo em conta a disponibilidade do idoso institucionalizado, em participar.

2.5 Aspetos Éticos inerentes ao Processo de Investigação

Antes do procedimento de recolha de dados foram obtidas as autorizações aos autores dos instrumentos (Anexo C e Anexo D) para a utilização nesta investigação. Posteriormente, procedeu-se à permissão para a aplicação dos instrumentos na direção de cada instituição integrante no trabalho através de um parecer realizado pela investigadora sob a orientação das suas orientadoras científicas (Anexo E).

No desenvolvimento da investigação foram consideradas as exigências éticas inerentes ao tipo de estudo realizado, tanto ao nível da recolha, como do tratamento e da apresentação dos dados, tendo como base os cinco princípios de Fortin (Fortin, 2009):

- (1) O direito à autodeterminação – os idosos tiveram direito de tomada de decisão, decidindo livremente a sua participação na investigação. Foi explicado a cada indivíduo da amostra que a sua participação no estudo era voluntária;
- (2) O direito à intimidade – neste estudo enfatizou-se a liberdade do indivíduo relativamente à dimensão da informação aquando da sua participação no estudo restringindo a partilha de informações privadas. Assim, foram protegidos o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos pelos indivíduos constantes na amostra;
- (3) O direito ao anonimato e confidencialidade – após a realização do trabalho de investigação, os resultados obtidos serão apresentados de forma a que os indivíduos

que pertencem à amostra não sejam reconhecidas pelo investigador e pelo leitor da investigação. Sem a devida autorização dos participantes, os dados pessoais não serão partilhados, sendo que estes se encontram conservados num local seguro sob a responsabilidade da investigadora.

- (4) O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, com o intuito de evitar inconvenientes que possam colocar em causa o bem-estar e/ou prejudicar o participante. Foram evitadas situações que pudessem causar desconforto ou prejuízo aos participantes durante e após o estudo;
- (5) O direito ao tratamento justo e equitativo que implicou declarar a natureza do estudo, o início e o fim do mesmo assim como a pertinência da amostra para o estudo. Todos os indivíduos que participaram na investigação foram previamente informados acerca da natureza da mesma no sentido de garantir a compreensão sobre a relevância da sua participação.

Os idosos participantes foram tratados com o respeito que lhes é devido, tendo-lhes sido apresentado o consentimento informado por escrito (ver Anexo F) e solicitado, também, o seu consentimento escrito para participar no estudo.

2.6 Procedimentos e Instrumentos de Recolha de Dados

Para a realização deste trabalho de investigação foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados válidos e de eficaz utilização de forma a assegurar uma investigação fidedigna: o WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010) e a Escala de Satisfação do Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999, 2011).

2.6.1 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-Bref

Com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos idosos foi solicitada a autorização para utilização do instrumento ao grupo de trabalho que validou o *WHOQOL-Bref* para a versão portuguesa (Anexo A). Esta versão foi adaptada por Canavarro et al. (2006, cit. por Canavarro et al., 2010) e desenvolvida pela *World Health Organization Quality of Life Group*, em 1994, com o intuito de avaliar a qualidade de vida, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde. Para além de ter sido facultado o questionário, foi ainda facilitado o suporte digital correspondente à análise dos resultados no *software* SPSS, bem como o manual de utilizador e a respetiva síntese.

Este primeiro instrumento recolha de dados relativo à avaliação da qualidade de vida é constituído por duas secções. A primeira secção corresponde à caracterização demográfica, que incorpora as variáveis independentes compostas por: (1) género, (2) idade, (3) escolaridade, (4) patologias, (5) área de residência e, (5) a indicação da instituição onde idoso reside no momento do estudo. A segunda secção corresponde à escala de avaliação de QdV constituída por 26 questões. Enquanto duas questões são genéricas e relativas à perceção geral de QdV e à perceção geral de saúde (que

quando calculadas em conjunto geram um *score* independente dos domínios), as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que se enquadram com o instrumento original.

Recorda-se, tendo em consideração a breve descrição sumária apresentada no capítulo anterior, que os itens da segunda subsecção estão divididos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Vaz Serra et al., 2006). O primeiro domínio - “domínio físico” - inclui sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18). O segundo domínio - designado de “domínio psicológico” - inclui seis itens (5, 6, 7, 11, 19, 26). O “domínio relações sociais”, é o terceiro domínio, e inclui 3 itens (20, 21, 22). Por último, o quarto domínio - “domínio meio ambiente” - inclui oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).

As perguntas que compõem o instrumento foram formuladas de acordo com metodologia específica da OMS, e estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert, com cinco níveis. A escala varia de 1 a 5.

Os resultados dos domínios estão organizados num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Certas facetas (itens 3, 4 e 26) - dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação ou morte - não se encontram formuladas num sentido positivo, sendo que estas são recodificadas para que as pontuações altas reflitam melhor qualidade de vida. A média dos resultados das perguntas, dentro de cada domínio, é utilizada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100 (Pais Ribeiro, 2011).

Estando os resultados organizados numa escala de 0 a 100, os mais elevados, resultantes da análise direta do instrumento, representam uma melhor qualidade de vida. Todavia, não é possível efetuar uma pontuação total do instrumento, uma vez que os resultados devem ser interpretados de acordo com as pontuações obtidas nos quatro domínios. Assim, as indicações acerca da qualidade de vida são alcançadas pelos resultados das duas primeiras perguntas de carácter geral (Canavarro et al., 2007).

2.6.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social

O objetivo da Escala de satisfação com o Suporte Social (ESSS) neste trabalho de investigação, é o de complementar o estudo da QdV realizado com a aplicação do instrumento apresentado anteriormente. Desta forma, pretende-se recolher dados correspondentes ao domínio do suporte social relativo ao objeto da investigação. A ESSS foi desenvolvida por Pais e Ribeiro (2011) e tem como finalidade averiguar o estado de satisfação dos inquiridos em relação à sua família, amigos, intimidade e atividades (Anexo B) Foi solicitada a autorização do instrumento ao autor, tendo sido obtida aprovação (Ver Anexo D).

Trata-se de um instrumento multidimensional constituído por 15 itens sob a forma de uma escala Likert com 5 opções: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente” (Pais Ribeiro, 2011).

A avaliação desta escala é efetuada através de quatro dimensões. A primeira, designada de “satisfação com amigos”, analisa a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem e corresponde a cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). A segunda dimensão está relacionada com a “intimidade” e avalia a perceção da existência de suporte social íntimo, correspondendo a quatro itens (1, 4, 5, 6). A terceira dimensão denominada de “satisfação com a família”, calcula a satisfação com o suporte social familiar existente, abrangendo três itens (9, 10, 11). Já a última dimensão que diz respeito às “atividades sociais”, mede a satisfação com as atividades de âmbito social que os participantes realizam. Esta envolve três itens (2, 7 e 8)⁵ (Pais Ribeiro, 2011). A totalidade da pontuação pode variar entre 15 e 75. Quanto mais alta for a mesma, maior a perceção de suporte social dentro da amostra.

Este questionário pode ser realizado através de autopreenchimento dado o carácter acessível da sua realização. Porém, de acordo com a natureza deste estudo, e mediante a opção do inquirido, pode ser efetuado na forma de entrevista.

2.7 Variáveis em Estudo

Face aos instrumentos de recolha de dados, a utilizar neste estudo, vão ser encontradas variáveis qualitativas e quantitativas. As qualitativas (atributos ou categorias) têm como objetivo descrever sujeitos e situações, enquanto as quantitativas (mensuráveis que podem exprimir em valores numéricos), permitem uma avaliação através de critérios de frequência, de grau ou intensidade e de critérios de sequência ou ordem. Em simultâneo, vão encontrar-se variáveis independentes e dependentes. Uma variável independente é identificada com a dimensão ou característica que o investigador manipula, deliberadamente, de forma a conhecer o impacto desta numa outra variável, a dependente. Isto é, com o objetivo de averiguar a relação de causa e efeito entre ambas as variáveis. A variável dependente é definida como a característica que aparece ou se altera quando o investigador aplica, suprime ou modifica a(s) variável(is) independente(s).

Neste trabalho, em concreto, a variável dependente é a perceção da Qualidade de Vida (QdV), enquanto as variáveis independentes são as algumas variáveis como o género, o nível de escolaridade, o estado civil e existência de doenças. As variáveis dependentes enquadram-se em ambos os instrumentos de avaliação: o WHOQOL-Bref (Anexo A) e a ESSS (Anexo B, que serão posteriormente apresentados com maior detalhe. Já as variáveis independentes integram-se na primeira parte do questionário WHOQOL-Bref.

⁵ Cada número refere-se a uma das questões apresentadas no instrumento e que se pode observar no Anexo B

2.8 Hipóteses de Estudo

Uma vez que uma hipótese é um problema formulado, provisório e testável, que poderá vir a ser verificado e/ou alcançado futuramente, apresenta relevância no contexto das etapas de um processo de investigação científica. Assim, com a finalidade de atingir aos objetivos específicos acima mencionados, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

- H1: A qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciada pela idade;
- H2: A qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciada pelo seu sexo;
- H3: O índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciado pelo seu nível de escolaridade;
- H4: O índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciado pelo seu estado civil;
- H5: As doenças dos idosos institucionalizados têm influência na sua percepção da qualidade de vida;
- H6: Quanto maior for o índice de suporte social no idoso institucionalizado, maior é o seu nível de qualidade de vida;
- H7: A instituição onde os idosos inquiridos residem têm influência no seu índice de qualidade de vida;
- H8: A instituição onde o idoso inquirido reside tem influência no seu nível de suporte social.

2.9 Método de análise

Os dados estatísticos recolhidos serão tratados de duas formas distintas. Através do cálculo de indicadores de estatística descritiva de forma a descrever de forma sucinta o conjunto dos dados obtidos apresentando um “retrato” da amostra em estudo. São calculados indicadores de tendência central (média, moda e mediana) e variabilidade (desvio padrão) sempre que as variáveis são contínuas e a distribuição absoluta e relativa das variáveis quando estas se distribuem por categorias. Para testar as hipóteses apresentadas anteriormente serão utilizados testes paramétricos e não paramétricos, consoante a distribuição (normal ou não) dos resultados pelos domínios de qualidade de vida. Assim serão utilizados testes como: teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, correlação de Pearson, Coeficiente de Spearman e o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

3. Análise Empírica: Apresentação e Discussão dos Resultados

Após a etapa da recolha de dados, apresenta-se, na presente seção, os resultados da análise estatística dos dados recolhidos através dos instrumentos apresentados na secção anterior. Assim, procede-se ao tratamento estatístico dos mesmos com recurso ao software estatístico SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 25 para Windows, bem como o recurso ao Microsoft Office Excel 2016. O objetivo é efetuar análises descritivas de forma a compreender a distribuição dos dados, através das frequências absolutas e relativas das respostas obtidas, e medidas de centralidade e dispersão da distribuição dos dados estatísticos. Estes dados contribuem para compreender os dados primários objeto de estudo de forma a melhor preparar a análise inferencial - a análise entre variáveis e respetiva correlação – que permitirá validar as hipóteses formuladas no presente trabalho de investigação.

Note-se que os dados estatísticos utilizados foram obtidos para todos os inquiridos na amostra que estavam aptos para participar, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos, e que todos os inquiridos responderam a todos os itens incluídos em cada um dos instrumentos de avaliação.

3.1 Análise Estatística

Para a descrição da amostra, nesta análise, foram avaliadas medidas de tendência central (moda, média e mediana) e não central (desvio-padrão), bem como o valor mínimo, máximo e medidas de frequência relativa e absoluta sob valores arredondados com duas casas decimais. Os recursos aos gráficos de análise descritiva foram igualmente acrescentados sob a forma de complemento para uma melhor e mais clara observação de dados.

Note-se que a análise é, essencialmente, realizada para a amostra total, independentemente da instituição de proveniência dos utentes. A instituição, em si, não é objeto de estudo neste trabalho, sendo o importante estudar os utentes institucionalizados na região de Coimbra. Apenas, em casos particulares, e dadas as particularidades das instituições, poderá ser relevante a análise da instituição. Sempre que tal ocorrer será dada a indicação de que a análise é realizada por instituição.

Na Tabela 1 apresentam-se os resultados da distribuição absoluta (em número) e relativa (em percentagem) para as variáveis sexo, escolaridade e estado civil. Estas variáveis são variáveis estão divididas por categorias. Para a variável sexo apresentam-se duas categorias: masculino e feminino.

Para a variável escolaridade são consideradas sete categorias. Os inquiridos dividem-se entre: os que não sabem ler nem escrever, aqueles que sabendo ler e escrever não tiveram/completaram qualquer ano de escolaridade formal, os utentes apenas com 1 a 4 anos de escolaridade, aqueles com o 5º ou 6º ano de escolaridade, os com 7 a 9 anos de escolaridade, quem frequentou 11 a 12 anos de escolaridade e, por fim, quem possui estudos universitários. Em termos de estados civil a

amostra divide-se entre os solteiros, casados, os que vivem em união de facto, os que estão separados e aqueles que estão, oficialmente, divorciados e os viúvos.

Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa das variáveis sexo, nível de escolaridade e estado civil

Variáveis	Classe de Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa
Sexo	Masculino	23	32,9%
	Feminino	47	67,1%
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	16	22,9%
	Sabe ler e escrever	7	10,0%
	1 ^o -4 ^o ano	35	50,0%
	5 ^o -6 ^o ano	3	4,3%
	7 ^o -9 ^o ano	4	5,7%
	10 ^o -12 ^o ano	4	5,7%
	Estudos Universitários	1	1,7%
	Total	70	100,0%
Estado Civil	Solteiro (a)	6	8,6%
	Casado (a)	13	18,6%
	União de Facto	1	1,4%
	Separado (a)	1	1,4%
	Divorciado(a)	4	5,4%
	Viúvo(a)	45	64,3%

Na Tabela 2 apresenta-se a descrição estatística da variável contínua idade. Para esta variável são apresentados os valores mínimos e máximos encontrados na amostra, o valor da moda, mediana, média e o respetivo desvio padrão.

Tabela 2: Distribuição estatística da variável idade

Variável	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana	Média	Desvio padrão
Idade	68,00	96,00	86,00	85,00	83,53	7,43

Ao nível demográfico, observa-se na Tabela 1 e na Tabela 2 a descrição estatística dos 70 participantes no estudo. Estes estão divididos entre 23 inquiridos do sexo masculino (32,9%) e 47 inquiridos do sexo feminino (67,1%). Este resultado poderá ser consequência da estrutura demográfica da população portuguesa onde as mulheres apresentam uma maior esperança de vida e, por isso, poderão estar mais representadas em estudos cujo público alvo é a população idoso (nomeadamente a institucionalizada). Esta conclusão é corroborada pela média da idade dos inquiridos. Esta é de 83,53 anos, para toda a amostra, e está compreendida entre os 68 e os 96 anos com um desvio-padrão de 7,43 anos de idade. No que concerne ao grau de escolaridade, constata-se que 50% dos inquiridos frequentaram o ensino correspondente ao 1^o e 4^o ano

(mediana), sendo estes também os níveis de ensino com mais frequência (moda). No entanto, 22,90% inquiridos não sabem ler nem escrever, 10% sabe ler e escrever, 4,3% frequentou do 5º ao 6ºano, 5,7% frequentaram do 7º ao 8ºano, 5,7% contam que frequentaram um estabelecimento de ensino do 10º ao 12ºano e, por fim, 1,4% indicam que possuem estudos universitários.

Relativamente ao estado civil, os inquiridos são maioritariamente viúvos (45%). Face ao exposto, na secção teórica, este resultado era expectável. Como visto a institucionalização ocorre, frequentemente, quando o idoso fica só (nomeadamente em situações de viuvez). Os restantes idosos dividem-se, de forma decrescente, da seguinte forma: casados (18,6%), solteiros (8,6%), divorciados (5,7%) e em união de facto ou separados (1,4% em proporção idêntica).

Na Tabela 3 é apresentada a predominância do tipo de doença (patologia), indicada pelos inquiridos em cada uma das instituições onde se encontram institucionalizados. Para facilidade de apresentação dos resultados na tabela, são apresentadas as siglas pelas quais as instituições são conhecidas, ou seja, ASSJC - Associação de Solidariedade Social Casa do Juiz, QVC - Quinta Verde da Vila de Carapinheira, SCMMV - Santa Casa Misericórdia de Montemor-o-Velho e SCMVP - Santa Casa Misericórdia da Vila de Pereira. São consideradas as seguintes doenças: cardiovasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas, psíquicas, endócrinas e metabólicas e as digestivas e gástricas.

A Figura 2 ajuda a visualizar os resultados apresentados na Tabela 3, em termos de valores absolutos, por instituição.

Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa do tipo de doença (patologia) pelos utentes institucionalizados em cada uma das instituições em estudo

Doenças	ASSJC		QVC		SCMMV		SCMVP		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiovasculares	1	14,3	6	46,2	17	43,6	5	45,5	29	41,4
Respiratórias	1	14,3	1	7,7	5	12,8	1	9,1	8	11,4
Músculo-Esqueléticas	0	0,0	0	0,0	6	15,4	3	27,3	9	12,9
Psíquicas	0	0,0	3	23,1	4	10,3	1	9,1	8	11,4
Endócrinas e Metabólicas	3	42,9	3	23,1	2	5,1	0	0,0	8	11,4
Digestivas e Gástricas	2	28,6	0	0,0	4	10,3	1	9,1	7	10,0
Sem doenças	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	1,4
Total	7	100,0	13	100,0	39	100,0	11	100,0	70	100,0

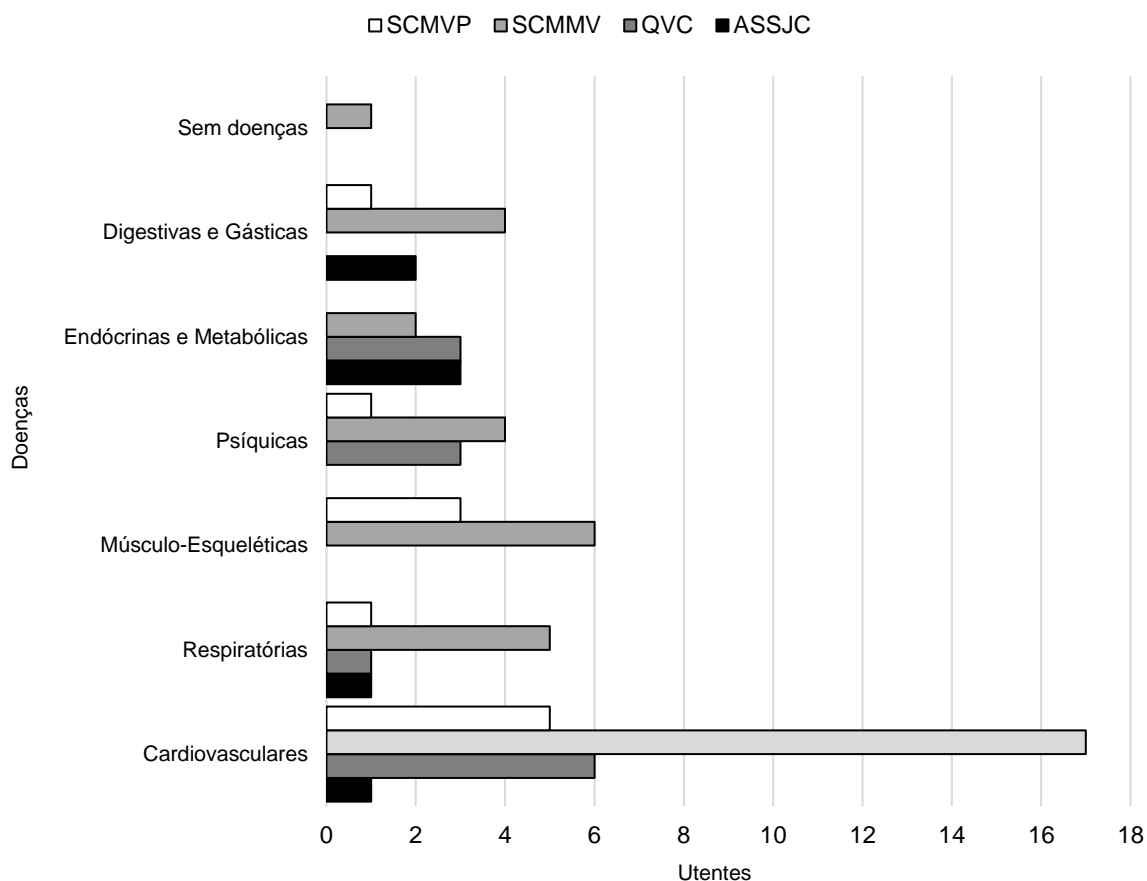


Figura 2: Distribuição absoluta do tipo de doença (patologia) pelos utentes institucionalizados em cada uma das instituições em estudo

Observando a Tabela 3 e a Figura 2, verifica-se que as doenças cardiovasculares (41,43%) têm uma maior predominância na amostra, seguindo-se pelas músculo-esqueléticas (12,90%), as respiratórias (11,43%), as psíquicas (11,43%), as endócrinas e metabólicas (11,43%), as digestivas (10%) e, só por fim, surge a categoria “Sem Doenças” (1,43%). Esta variável, no questionário constitui-se como uma variável obtida através de uma questão aberta. Os resultados obtidos permitiram verificar a existência de uma variedade de doenças que implicou que os resultados fossem agregados e se cria-se a variável categórica acima apresentada, de modo a conseguir realizar-se uma melhor análise estatística. Várias das anomalias de saúde descritas pelos inquiridos foram a Hipertensão Arterial (HTA), os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Diabetes, Depressão, Bronquite Crónica, para além dos problemas mais prevalentes relacionados com o envelhecimento (acometimento da mobilidade, ausência de audição e visão).

O facto de a quase totalidade dos idosos institucionalizados apresentar, pelo menos, um patologia poderá ser crucial na perceção da qualidade de vida que o idoso possui. Para avaliar essa qualidade de vida auto percebida serão, de seguida, descritos e analisados os resultados da aplicação do instrumento WHOQOL-Bref e da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Tal como mencionado anteriormente, no instrumento WHOQOL-Bref, efetua-se uma soma em cada domínio de forma a reconverter para valores numa escala entre 0 e 100 (Vaz Serra et al., 2006). Como resultado, o valor maior obtido em cada domínio indica uma maior qualidade de vida que a pessoa idosa percebe.

Na Tabela 4 apresentam-se a média, o desvio padrão (em relação ao valor médio) e os valores mínimos e máximos encontrados para cada uma das dimensões constantes nos instrumentos aplicados. Essas dimensões são as dimensões: física, psicológica, relações sociais, meio ambiente e qualidade de vida geral, no caso do WHOQOL-Bref; e, satisfação com amigos, intimidade, satisfação com família e atividades sociais, no caso do ESSS.

Tabela 4. Distribuição estatística dos resultados obtidos nos instrumentos WHOQOL-Bref e ESSS por domínios

Instrumentos	Domínios	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
WHOQOL - Bref	Físico	47,81	14,20	17,86	78,57
	Psicológico	61,85	13,00	25,00	83,33
	Relações Sociais	50,12	11,60	16,68	66,67
	Meio Ambiente	71,34	9,11	43,75	90,63
	Qualidade de Vida Geral	55,00	15,98	12,50	87,50
ESSS	Satisfação com Amigos	65,26	14,16	28,00	96,00
	Intimidade	66,59	10,70	45,00	95,00
	Satisfação com a Família	76,40	17,38	20,00	100,00
	Atividades Sociais	60,20	11,44	40,00	87,00

Note-se que valores médios obtidos superiores a 50 demonstram satisfação com a QdV em cada um dos domínios do WHOQOL-Bref. Assim, analisando os valores contantes na Tabela 4 verifica-se que em todos os domínios, os inquiridos possuem uma configuração positiva. Esta conclusão nota-se, em especial, no domínio “Ambiente” que conta com uma média mais elevada (71,34) e um desvio-padrão de 9,11. Somente no domínio “Físico” se verifica um valor negativo da escala (média 47,81 e desvio-padrão de 14,20), o que significa que os inquiridos percebem sobre si uma qualidade de vida negativa. Este resultado, face aos resultados da Tabela 3 e Figura 2, não são estranhos. A existência de doenças (independentemente das suas características físicas e/ou mentais) e a consequente medicação limitam fisicamente os idosos sendo expectável que este seja o domínio menos positivo para eles.

Relativamente à análise descritiva da ESSS, os valores médios superiores a 50, em cada domínio, indicam uma maior percepção positiva de suporte social dos inquiridos. Através da Tabela 4, é possível verificar que o domínio da “Satisfação com a Família”, possui um valor médio mais elevado

(76,40) com um desvio-padrão de 14,38 comparativamente aos restantes domínios. Este valor significa que os indivíduos declararam muito satisfeitos com as suas relações familiares, havendo inquiridos com uma pontuação (de satisfação) total de 100 pontos. Contrariamente a este cenário, o domínio mais inferior de todos é o das “Atividades Sociais” que alcançou uma média de 60,20 - superior ao limite mínimo positivo - com um desvio padrão de 11,44. Apesar de os indivíduos se encontrarem institucionalizados sentem que mantém o elo familiar (o que é importante, como se viu na discussão teórica apresentada anteriormente) mas não sentem que socialmente se mantém totalmente “ativos”. Neste aspeto, a instituição e a própria sociedade precisarão implementar medidas adicionais para ultrapassar esta sensação de menor participação em atividades sociais.

3.2 Análise Inferencial

Conhecidas as características sociodemográficas e clínicas da amostra assim como o seu grau de satisfação com alguns domínios da sua vida, em termos de qualidade de vida, nesta subsecção apresentam-se os resultados da análise inferencial que permite confirmar ou refutar as hipóteses formuladas neste trabalho de investigação. Para além da análise de correlação de Pearson, serão realizados vários testes considerando um nível de significância de 5% para a análise dos resultados.

Em primeiro lugar, optou-se por estudar a normalidade das distribuições dos instrumentos utilizados com o intuito de selecionar o tipo de testes a utilizar: os paramétricos ou os não-paramétricos. A normalidade da distribuição dos instrumentos utilizados foi testada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 5. Teste de Normalidade aos domínios de cada um dos instrumentos

Teste de normalidade: Kolmogorov – Smirnov ^a				
Instrumentos	Domínios	Estatística	Graus de liberdade	Significância estatística
WHOQOL-Bref	Qualidade de Vida Geral	0,166	70	0,000
	Domínio Físico	0,089	70	0,200*
	Domínio Psicológico	0,136	70	0,003
	Relações Sociais	0,239	70	0,000
	Ambiente	0,119	70	0,015
ESSS	Satisfação com Amigos	0,127	70	0,007
	Intimidade	0,130	70	0,005
	Satisfação com a Família	0,182	70	0,000
	Atividades Sociais	0,150	70	0,000

Nota: (a) Correção de significância de Lilliefors; (*) Limite inferior da verdadeira significância

Como se verifica na Tabela 5, o domínio “Físico” que diz respeito à escala WHOQOL-Bref segue uma distribuição normal, o que significa que para validar (ou não) as hipóteses em estudo se vai requerer a utilização de testes paramétricos. Para uma distribuição de média de 0,089 e uma significância superior a 0,05 (0,200), assume-se que este domínio representa a sua normalidade distribuída. Relativamente aos restantes domínios, não se verifica normalidade na sua distribuição, havendo a necessidade de utilizar testes não paramétricos para a sua validação.

Realizado o teste à normalidade da distribuição dos dados estatísticos por domínio, é possível passar ao teste de cada uma das hipóteses, pela ordem em que foram apresentadas na secção da metodologia.

H1: A qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciado pela idade;

Para testar a presente hipótese foi selecionado o teste de correlação de Pearson, uma vez que se verifica um panorama de duas variáveis quantitativas medidas numa escala discreta, onde a variável independente é a Idade e as variáveis dependentes são os *scores* de todas as dimensões da Qualidade de Vida (inclusive a Geral). A Tabela 6 apresenta os resultados do teste de correlação de Pearson (valor do teste e valor de prova para o mesmo teste)

Tabela 6. Correlação de Pearson entre a idade e os domínios da Qualidade de Vida

Domínios de qualidade de vida e relação com idade	Valor do Teste (r)	Valor de Prova (p)
Qualidade de Vida Geral	- 0,065	0,591
Domínio Físico	-0,048	0,695
Domínio Psicológico	0,046	0,704
Domínio Social	0,023	0,849
Domínio Ambiental	0,008	0,946

Da análise à Tabela 6, constata-se que não existem evidências estatísticas para se afirmar que a Qualidade de Vida Geral e o Domínio Físico estão relacionadas com a idade. Todavia, apresentam correlações negativas de magnitude baixa. Nas restantes dimensões, embora também não existam evidências estatísticas para se afirmar que o par de itens estão relacionadas, denota-se uma correlação positiva baixa. Desta forma, visualizando o valor de p, é possível declarar que para um nível de significância de 0,05, não existem evidências estatísticas para se afirmar que a variável Idade está correlacionada com a Qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Mesmo considerando que se está a discutir apenas uma população idosa, que neste caso se encontra acima dos 68 anos de vida, ainda se encontra na amostra uma amplitude de idades que é de cerca de 30 anos.

H2: A qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciada pelo seu sexo

Uma vez que o sexo é uma variável qualitativa nominal dicotômica e do qual se pretende verificar a influência desta ao nível da qualidade de vida das amostras - através das suas dimensões – recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal – Wallis. A Tabela 7 apresenta os resultados do teste.

Tabela 7. Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o sexo e os domínios da qualidade de vida

Domínios de qualidade de vida e relação com sexo	Valor do Teste	Valor de Prova (p)
Qualidade de Vida Geral	1,146	0,284
Domínio Físico	2,844	0,092
Domínio Psicológico	5,160	0,023
Domínio Social	1,942	0,163
Domínio Ambiental	0,134	0,715

Os resultados constantes na Tabela 7 permitem concluir que existe um único domínio – o psicológico - com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,023$), pelo que se pode afirmar que entre o sexo masculino e feminino há diferenças na perceção da qualidade de vida em termos do domínio psicológico. Dado que os restantes domínios apresentam um valor de prova superior a 0,05, pode-se afirmar que não existem diferenças significativas entre os dois sexos em termos de qualidade de vida, o que reflete que o sexo não apresenta influencia ao nível de qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

H3: O índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciado pelo seu nível de escolaridade

Para testar esta hipótese foi selecionado o Coeficiente de Spearman uma vez que a escolaridade é uma variável qualitativa nominal e pretende-se verificar se a relação é estatisticamente significativa com os vários domínios da qualidade de vida. Na Tabela 8 pode-se averiguar a intensidade e sentido da relação entre as variáveis, através do valor do teste (r) e o respetivo valor de prova (p).

Tabela 8: Correlação de Spearman entre a escolaridade e os domínios da Qualidade de Vida

Domínios de qualidade de vida e relação com a escolaridade	Valor do Teste (r)	Valor de Prova (p)
Qualidade de Vida Geral	0,054	0,659
Domínio Físico	0,174	1,149
Domínio Psicológico	0,092	0,447
Domínio Social	-0,018	0,880
Domínio Ambiental	0,197	0,101

A análise da correlação da escolaridade com a “Qualidade de Vida Geral” e os domínios “Físico”, “Psicológico” e “Ambiental” revelam a existência de variáveis positivamente correlacionadas de magnitude baixa, embora não estatisticamente significativas. Este fator significa que quanto menor for a escolaridade, menor é a percepção com a qualidade de vida relativamente a estes domínios. Porém, não existem evidências estatísticas para afirmar a relação entre estas variáveis. No domínio “Social” verifica-se uma relação negativa onde as variáveis apresentam-se inversas, embora tal relação não seja estatisticamente significativa ($r = -0,018$; $p = 0,880$).

Face a estes resultados não se confirma a terceira das hipóteses deste trabalho de investigação.

H4: O índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado é influenciado pelo seu estado civil

Para testar a hipótese da relação entre a qualidade de vida do idoso institucionalizado (medido em variáveis qualitativas pela totalidade dos vários domínios) e o seu estado civil (variável nominal com diferentes categorias como visto na subseção anterior), aplica-se o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados para o valor de teste e valor de prova apresentam-se na Tabela 9.

Tabela 9: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o Estado Civil e os domínios da qualidade de vida

Domínios de qualidade de vida e relação com o estado civil	Valor do Teste	Valor de Prova (p)
Qualidade de Vida Geral	7,476	0,188
Domínio Físico	6,895	0,229
Domínio Psicológico	5,042	0,411
Domínio Social	9,089	0,106
Domínio Ambiental	4,692	0,455

Pode concluir-se, pela leitura da tabela, que não existem diferenças estatísticas entre a qualidade de vida dos participantes em função do seu estado civil. Segundo este resultado, não é possível afirmar que o estado civil influencia o nível de qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

H5: As doenças dos idosos institucionalizados têm influência na sua percepção de qualidade de vida

Uma vez que as doenças (variável independente) foram medidas em variáveis qualitativas nominais com mais de três amostras, das quais se pretenderam testar a importância atribuída destas ao nível da qualidade de vida das amostras - tendo como base as suas dimensões – recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal – Wallis. Primeiramente ordenamos todas as observações da menor para a maior observação. Assim, a comparação dos grupos foi realizada através da média dos postos (posto médio).

Tabela 10: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre as doenças dos inquiridos e os domínios da qualidade de vida

Domínios de qualidade de vida e relação com as doenças	Doenças							Valor do Teste	Valor de prova (p)
	Cardiovasculares	Respiratórias	Músculo- Esqueléticas	Psíquicas	Endócrinas e Metabólicas	Digestivas e Gástricas	Sem doenças		
	Posto Médio								
Qualidade de Vida Geral	29,05	40,50	36,00	41,38	38,31	30,71	62,00	9,915	0,128
Domínio Físico	29,19	47,50	34,44	32,56	48,13	37,71	39,00	9,001	0,174
Domínio Psicológico	29,12	43,38	46,94	24,44	45,94	35,36	60,50	13,039	0,042
Domínio Social	32,86	39,75	44,39	39,13	34,56	27,71	31,00	4,188	0,651
Domínio Ambiental	32,29	47,38	34,89	28,19	47,44	30,00	40,50	7,934	0,243

Através da análise dos resultados do teste Kruskal-Wallis, contantes na Tabela 10, pode-se verificar que não existem diferenças estatísticas significativas entre os idosos institucionalizados em função das doenças que apresentam e a sua percepção da qualidade de vida, exceto no domínio psicológico. Para este domínio o valor de prova encontrado para a estatística de teste é inferior a 5% de nível

de significância ($r=13,039$; $p=0,042$), o nível assumido para aceitar a hipótese em estudo. Este facto significa que entre as categorias de doenças existentes, há diferenças na percepção do domínio psicológico: idosos com uma doença do foro psíquico apresentam valores mais baixos (24,44), em termos médios, relativamente à sua qualidade de vida.

Nos restantes domínios, pode-se afirmar que, independentemente da doença que o idoso institucionalizado apresente, esta não afeta a sua percepção da qualidade de vida.

Assim, a quinta hipótese assumida neste trabalho de investigação só se aceita para as doenças psicológicas. Estas são as únicas para as quais se aceita a hipótese de que as doenças dos idosos institucionalizados têm influência na sua percepção de qualidade de vida diminuindo, infelizmente, a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

H6: Quanto maior for o índice de suporte social no idoso institucionalizado, maior é o seu nível de qualidade de vida

De forma a testar esta hipótese foi selecionado o teste de correlação de Pearson, uma vez que se verifica um panorama de duas variáveis quantitativas medidas numa escala discreta, onde a variável independente é a satisfação com o suporte social (através dos seus vários domínios) e as variáveis dependentes são os *scores* de todas as dimensões da Qualidade de Vida (inclusive a Geral). A tabela seguinte apresenta os resultados do teste de correlação de Pearson (valor do teste e valor de prova para o mesmo teste).

Tabela 11: Resultados da Correlação de Pearson entre as dimensões da qualidade de vida e as dimensões do suporte social

Domínios de qualidade de vida e relação com as dimensões de suporte social	Satisfação com os Amigos		Intimidade		Satisfação com a Família		Atividades Sociais	
	Valor do teste	Valor de prova	Valor do teste	Valor de prova	Valor do teste	Valor de prova	Valor do teste	Valor de prova
	(r)	(p)	(r)	(p)	(r)	(p)	(r)	(p)
Qualidade de Vida Geral	0,311**	0,009	0,314**	0,008	0,092	0,450	0,420**	0,000
Domínio Físico	0,227	0,059	0,149	0,219	0,55	0,650	0,398**	0,001
Domínio Psicológico	0,438**	0,000	0,310**	0,009	0,186	0,124	0,206	0,087
Domínio Social	0,603	0,000	0,550	0,000	0,118	0,329	0,309**	0,009
Domínio Ambiental	0,411**	0,000	0,357**	0,002	0,130	0,284	0,346**	0,003

Nota: ** A correlação é significativa ao nível de significância de 0,01 (2 extremidades)

Através da análise dos resultados presentes na Tabela 11 constata-se que, praticamente, todos os domínios da qualidade de vida se correlacionam com o suporte social das pessoas idosas inquiridas. No entanto, observam-se associações estatisticamente significativas positivas de intensidade maioritariamente fracas entre o domínio físico e as atividades sociais ($r=0,398$; $p=0,001$), entre o domínio psicológico e a satisfação com os amigos ($r=0,438$; $p=0,00$) e intimidade ($r=0,310$; $p=0,009$), atividades sociais ($r=0,309$; $p=0,009$) e com o domínio ambiental e a satisfação com os amigos ($r=0,411$; $p=0,00$), intimidade ($r=0,357$; $p=0,002$) e as atividades sociais ($r=0,346$; $p=0,003$), e entre a qualidade de vida geral e a satisfação com os amigos ($r=0,311$; $p=0,009$), intimidade ($r=0,314$; $p=0,008$) e atividades sociais ($r=0,420$; $p=0,00$). Observam-se, ainda neste estudo, associações moderadas entre o domínio social e a satisfação com os amigos ($r=0,603$; $p=0,00$), intimidade ($r=0,550$; $p=0,00$) e uma ausência de associação entre a satisfação com a família e todos os domínios da qualidade de vida.

Face aos resultados acima apresentados e descritos, pode-se afirmar que uma maior qualidade de vida nas pessoas idosas possibilita uma maior perceção do seu suporte social. De uma forma mais clara, esta análise confirma que quanto maior for o nível de socialização, melhor o nível de perceção que os inquiridos têm da sua qualidade de vida. Esta conclusão suporta toda a discussão realizada na análise da literatura que defendia isto mesmo.

H7: A instituição onde os idosos inquiridos residem (se encontram institucionalizados) tem influência no seu índice de qualidade de vida

Com o intuito de testar esta hipótese, foi selecionado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, uma vez que a variável instituição – tratada como uma variável qualitativa nominal - tem mais de três grupos independentes. Neste caso concreto, são consideradas 4 instituições, recorde-se. Para esta hipótese é testada a igualdade das médias do índice de qualidade de vida dos idosos nas diferentes instituições pretendendo-se, desta forma, aferir se a instituição de proveniência influencia a qualidade de vida do idoso aí institucionalizado. Na Tabela 12 apresentam-se os resultados que permitem testar a hipótese 7 assumida neste trabalho de investigação.

Tabela 12: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre os domínios da qualidade de vida em função de cada instituição

Domínios de qualidade de vida e relação com a instituição	ASSCJ	QVC	SCMVP	SCMMV	Valor do Teste	Valor de prova (p)
	Posto Médio					
Qualidade de Vida Geral	43,50	35,19	39,09	33,15	2,070	0,558
Domínio Físico	50,21	35,64	31,64	33,90	4,322	0,229
Domínio Psicológico	51,29	26,12	37,45	35,24	7,176	0,066
Domínio Social	27,21	41,27	42,23	33,17	4,212	0,239
Domínio Ambiental	46,64	30,73	22,77	38,68	8,196	0,042

Na Tabela 12, pode-se concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes instituições em investigação e a perceção de qualidade de vida em todos os domínios, excetuando o domínio Ambiental. Em todas as instituições, duas pertencem à Santa Casa da Misericórdia e estão localizadas em localidades relativamente próximas no espaço físico da região de Coimbra. A hipótese 7 do trabalho de investigação não é validada.

No entanto pode apresentar-se, uma pequena descrição dos resultados encontrados para cada uma das instituições, em termos comparativos. Na Qualidade de Vida Geral, a ASSCJ tem um maior posto médio (43,50) relativamente à SCMMV (33,15), o que significa que os inquiridos desta IPSS que tem um valor mais positivo em relação a este domínio. No domínio Físico, pode-se observar que a ASSCJ permanece com um valor mais elevado (50,21) em relação à SCMVP, que obtém um valor mais reduzido (31,64). Assim, afirma-se que na SCMVP os inquiridos têm uma baixa perceção de qualidade de vida em relação à sua capacidade física. No que diz respeito ao domínio Psicológico, o maior posto médio continua presente na ASSCJ (51,29) enquanto a QVC verifica-se um valor mais reduzido (26,12). No caso do domínio Social, a SCMVP apresenta uma média maior (43,24), contrariamente à ASSCJ que apresenta uma perceção mais baixa nesta dimensão (27,21). Por fim, no domínio Ambiental averigua-se maiores valores médios novamente na ASSCJ (46,64) comparativamente à SCMVP que exhibe valores mais diminuídos (22,77). De uma forma geral, pode-se constatar que é na ASSCJ que se observa maioritariamente valores mais elevados em todas os domínios, o que significa que dentro das quatro instituições estudadas, são os inquiridos desta IPSS que alcançaram uma maior perceção da sua qualidade de vida.

H8: A instituição onde o idoso inquirido reside tem influência no seu nível de suporte social

Com o intuito de testar a última hipótese colocada neste trabalho de investigação foi, novamente, selecionado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, uma vez que a variável instituição – tratada como uma variável qualitativa nominal - é composta por quatro grupos distintos e pretende testar-se a igualdade de médias nas variáveis quantitativas relacionadas com o suporte social dos idosos

(domínios da ESSS). A Tabela 13, apresenta os resultados que permitem (ou não) validar a hipótese.

Tabela 13: Resultados do teste Kruskal-Wallis entre os domínios da qualidade de vida em função de cada instituição

Domínios de suporte social do idoso e a relação com a instituição	ASSCJ	QVC	SCMVP	SCMMV	Valor do Teste	Valor de prova (p)
	Posto Médio					
Satisfação com os Amigos	30,57	44,65	39,95	32,08	4,729	0,193
Intimidade	24,71	37,77	33,68	37,19	2,535	0,469
Satisfação com a Família	37,21	30,50	33,55	37,41	1,320	0,724
Atividades Sociais	35,29	38,62	33,59	35,04	0,434	0,933

Da análise dos resultados que se apresentam na Tabela 13, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes instituições em estudo e a percepção de suporte social em todas as dimensões, logo não se valida a última hipótese em estudo. A instituição onde o idoso inquirido reside (ou seja, a instituição onde o idoso se encontra institucionalizado) não tem influência no seu nível de suporte social. As razões para este resultado serão idênticas às razões que se apresentaram para justificar os resultados da Tabela 12.

Comparando concretamente a igualdade entre os domínios em função de cada IPSS, pode-se afirmar que a QVC obteve um maior valor médio (44,65) no domínio da Satisfação com os Amigos relativamente à SCMMV que por sua vez, alcançou um valor mais reduzido (32,08). No domínio da Intimidade, a QVC (37,77) conta com um valor mais elevado em relação à ASSCJ (24,71). Na Satisfação com a família, pode-se observar que a SCMMV possui um valor mais elevado (37,41), contrariamente à QVC (30,50) onde os inquiridos apresentam um nível de satisfação inferior com a sua própria família. Finalmente, no domínio das Atividades Sociais, a QVC (38,62) possui, novamente, uma percepção mais positiva em relação às restantes IPSS, enquanto a SCMMV (35,04) apresenta com um cenário inverso, embora não muito desigual. De uma forma geral, pode-se verificar que é na QVC que os inquiridos têm uma maior percepção relativamente ao seu suporte social.

3.3 Discussão de Resultados

Após a apresentação dos resultados, esta subsecção pretende apresentar uma interpretação desses resultados com base na revisão da literatura realizada logo no primeiro capítulo. Esta é uma fase fundamental neste estudo de investigação dado que permite justificar os resultados mais significativos para posteriormente serem comparados com as conceções científicas que serviram

de base ao trabalho de investigação. Em primeiro lugar serão discutidos os dados sociodemográficos, passando-se, de seguida, para a discussão das hipóteses formuladas, considerando a sua validação/não validação.

A amostra é composta por 70 indivíduos idosos dos quais 23 inquiridos são do sexo masculino e 47 inquiridos são do sexo feminino. No total a média de idades \pm dp é de $83,53 \pm 7,43$ anos de idade variando esta entre os 68 e os 96 anos. Ora, o retrato da saúde portuguesa confere que a esperança média de vida nacional superou a média da União Europeia, sendo esta de 81,3 anos (Ministério da Saúde, 2018). Logo, os valores encontrados para a amostra em estudo não estão muito longos do que se encontra para a população portuguesa.

No que concerne à escolaridade, 35 idosos (50%) frequentaram o ensino básico relativo ao 1º e 4º ano %, 22,90% inquiridos não sabem ler nem escrever, 10% sabe ler e escrever, 4,3% frequentou do 5º ao 6ºano, 5,7% frequentaram do 7º ao 8ºano, 5,7% contam com um estabelecimento de ensino do 10º ao 12ºano e por fim, 1,4% possuem estudos universitários. Apesar de já ter quase 10 anos, o trabalho de Antunes (2010) confirma que as habilitações das pessoas idosas portuguesas são bastante reduzidas, pelo que muitos destes idosos não apresentam qualquer nível educacional. O Ministério da Saúde (2018) português, afirma que o número significativo de portugueses com escolaridade reduzida, corresponde menor tendência para sofrer de doenças crónicas, inclusive problemas no foro mental, como depressão ou ansiedade. Ora, também, a amostra aqui em análise não “foge” do que seria expectável encontrar para a população idosa portuguesa – uma população com nenhuma ou muito baixa escolaridade.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que quase metade dos idosos que constituem o estudo são viúvos (45%), dividindo-se os restantes por outros estados civis. Figueiredo (2016) também referiu este facto no seu trabalho – o autor salientou que que estado de viuvez aglomera a maior contingência de indivíduos idosos.

As doenças cardiovasculares são as predominantes. Para esta amostra estas correspondem a uma percentagem de 41,43% em relação às restantes enfermidades encontradas para os idosos constantes no estudo. Assim, e tal como relatado pelo Ministério da Saúde (2018), observa-se que os indivíduos têm uma maior longevidade, porém, vivem com mais comorbilidades durante os seus últimos anos de vida como as doenças cardiovasculares ou doenças respiratórias, entre outras. No estudo de Fonseca, Brás, Araújo e Ceia (2018) as doenças cardiovasculares (nomeadamente a insuficiência cardíaca, AVC e hipertensão arterial, relatadas pelos inquiridos) lideram para uma grande dimensão de pessoas em Portugal e existem ainda expectativas que o número venha a aumentar, o que não é positivo.

Os resultados descritivos inerentes aos resultados obtidos pela aplicação do instrumento WHOQOL-Bref revelam que os inquiridos possuem uma boa qualidade de vida. Esta apreciação vai ao encontro dos estudos de Silva (2011) e Peres (2014). Também para estes autores, os inquiridos idosos apresentam uma qualidade de vida entre os níveis “razoável” a “muito bom”. Todavia, somente um domínio neste presente estudo não atingiu o valor mínimo positivo da qualidade de vida: o domínio físico. Assim, pode-se afirmar que neste trabalho de investigação, as pessoas idosas percecionam

que a sua qualidade física se encontra diminuída relativamente aos domínios psicológico, relações sociais, meio ambiente e qualidade de vida em geral. Este resultado concilia-se com os resultados do estudo de Lima et al. (2010). Estes autores afirmam, no seu trabalho, que o domínio físico demonstrou piores resultados médios de qualidade de vida.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) revelou que a satisfação com a família é o domínio com maior relevância, o que significa que os idosos na amostra possuem, na generalidade, uma ótima relação familiar. A investigação de Martins (2017) sobre o envelhecimento ativo entre idosos considera que a maioria dos inquiridos expressa ter um bom relacionamento familiar.

Quanto à aplicação dos testes de hipóteses correspondente à análise inferencial, pode-se afirmar que a idade não está relacionada com a qualidade de vida indo, portanto, ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Ribeiro (2011). Contrariamente a este cenário, Mwanyangala et al. (2010) e Andrade e Martins (2011) afirmam que a qualidade de vida é influenciada pela idade pois os idosos mais jovens tendem a ter uma maior expectativa de vida e sentem-se melhor, em geral. Ao invés, idosos de idade mais avançada têm um maior comprometimento devido a doenças crónicas que limitam a sua comodidade. De outro modo, uma melhor qualidade de vida dos idosos com idade avançada pode transparecer uma conformidade diante o seu próprio envelhecimento, ao invés que uma qualidade de vida mais negativa dos idosos mais jovens pode incutir a não aceitação do ser-se idoso ou “velho” (Dawalibi, Goulart e Prearo, 2014).

Observou-se ainda que em todos os domínios da qualidade de vida (exceto o domínio psicológico) não existem associações entre a qualidade de vida e o sexo masculino e feminino. No estudo de Andrade e Martins (2011), existem influências do sexo na percepção com a QdV em especial nas mulheres uma vez que estas tendem muitas vezes a não sentir a necessidade de interação social devido ao seu papel na família. Por outro lado, tal influência do sexo feminino na qualidade de vida pode estar associada ao facto das mulheres terem uma maior tendência a sintomas depressivos e de ansiedade, como referem os estudos de Esgalhado, Reis, Pereira e Afonso (2010) e Oliveira, Bezerra et al. (2012). Segundo estes dois trabalhos, a depressão e a ansiedade comprometem a qualidade de vida. Esta perspetiva é corroborada no presente trabalho de investigação. De facto, apenas no domínio psicológico se verifica que se aceita que exista uma relação entre o sexo e a qualidade de vida. Neste domínio, o sexo masculino apresenta menor nível de percepção com a qualidade de vida (27,65), relativamente ao sexo feminino (39,34).

Apesar de contrariar vários estudos existentes, neste trabalho de investigação, a escolaridade não está relacionada com a qualidade de vida. Não se validou a terceira hipótese em estudo. No entanto, outros trabalhos indicam que o elevado nível educacional remete para um maior possibilidade do indivíduo possuir um conhecimento mais holístico, ao nível da literacia, para a prática de estilos de vida mais saudáveis em conjunto com a adesão a estilos de vida que vão ao encontro de melhores benefícios (Braveman, Egerter & Williams, 2011).

O mesmo acontece com o estado civil. Também neste trabalho não se verificou de forma alguma, associação com a qualidade de vida. Não obstante, no estudo de Andrade e Martins (2011), onde a maioria dos indivíduos eram casados, verificou-se uma percepção com a qualidade de vida mais

favorável em relação aos idosos que não têm companheiro. Por outro lado, vários estudos abordam o quão imprescindível é a componente íntima enquanto elemento indicador da QdV, uma vez que possibilita a sensação de satisfação devido às experiências e ao suporte social mútuo. Verificou-se ainda que, independentemente da doença que o idoso institucionalizado apresente, esta não afeta a sua qualidade de vida. Alves et al. (2007) afirmam que a ausência de patologias leva a que os idosos apresentem uma melhor qualidade de vida, comparativamente aos que possuíam pelo menos uma doença.

Relativamente à percepção com o suporte social, constata-se que uma maior qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental nas pessoas idosas institucionalizadas possibilita uma maior percepção com o suporte social. Somente a satisfação com a família – correspondente ao domínio da ESSS não obteve associação significativa entre algum domínio da QdV. Clarificando, apesar de este valor se apresentar bastante positivo na avaliação da própria escala, não teve qualquer influencia em junção com a escala WHOQOL-Bref. Andrade e Martins (2011) e Correia (2015) afirmam que a satisfação com funcionalidade familiar está internamente relacionada com a QdV.

Relativamente à instituição onde vivem os inquiridos, não existem evidências que demonstrem que qualquer domínio da qualidade de vida do idoso institucionalizado seja afetado pelo local onde se encontra institucionalizado. Somente o domínio ambiente revelou significância, confirmando a literatura, uma vez que as qualidades de vida nas pessoas idosas podem depender das condições concretas do ambiente físico que rodeia na instituição. Este fator vai ao encontro dos resultados do estudo de Teixeira (2010). Neste estudo, os idosos que participam nas dinâmicas da instituição revelam uma maior significância no domínio ambiente da QdV o que deixa transparecer uma boa capacidade de adaptação ao espaço onde o idoso se encontra institucionalizado.

Já quando comparadas as instituições em relação à satisfação com o suporte social, verifica-se que independentemente da instituição onde o idoso se encontra institucionalizado, estas não apresentam interferência significativa em qualquer domínio. Verificando-se postos médios de satisfação de suporte social em qualquer instituição, os inquiridos da QVC são os que demonstram uma maior percepção comparativamente aos restantes. Tanto a percepção com a qualidade de vida como a satisfação com o suporte social em pessoas idosas depende muitas vezes do modo de acolhimento da instituição, uma vez que está articulada com a socialização entre as pessoas mais próximas nomeadamente, familiares, amigos e cuidadores formais (Carvalho & Dias, 2011, Pereira, 2012).

Conclusões

Segundo os dados do INE, os censos de 2011 indicaram que 19% da população portuguesa tem mais de 65 anos. Dado que Portugal é um país cada vez mais envelhecido, é possível criar uma barreira que minimize os problemas que possam surgir desta situação através da adequação do contexto psicossocial e de saúde a esta população. Deste modo, a melhoria da qualidade de vida passa a ser um resultado expectável, tanto na assistência para o indivíduo, como para as políticas públicas neste setor através da prevenção de patologias e promoção da saúde e do bem-estar populacional. Para Neto (2015), a evolução da medicina e das terapias, assim como os múltiplos fatores que potenciam o melhoramento da qualidade de vida nomeadamente, as melhores condições institucionais, habitacionais, educacionais e em contexto laboral, bem como a higiene e nutrição, possibilitam uma maior cautela perante os possíveis riscos diretos à saúde do indivíduo. Afinal, este aspeto irá, consequentemente, cooperar para a longevidade das pessoas devido à adoção de estilos de vida mais sustentáveis.

Este estudo incidiu sobre idosos institucionalizados no distrito de Coimbra e o principal objetivo consistiu em avaliar a qualidade de vida ligando a várias variáveis sociodemográficas e de saúde. Após a apresentação, análise e discussão dos resultados, o nível de perceção com a qualidade de vida dos idosos que compõem este trabalho de investigação possui um nível elevado e que as variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, escolaridade, estado civil e doenças existentes), não são de alguma forma razão de aumento ou diminuição do nível percebido da qualidade de vida. Como a literatura indica, o envelhecimento é medido de forma única e subjetiva sendo que varia de indivíduo para indivíduo, tendo em conta os vários contextos inerentes a este. Dito de outra forma, como justificação a este estudo, o contexto que rodeia a pessoa idosa determina se o processo de envelhecimento poderá apresentar-se positivo ou negativo e como tal, este fator é inteiramente subjetivo.

Os inquiridos relataram que componente física da sua qualidade de vida é inferior em relação às restantes dimensões da sua vida (que se apresentam positivas). Vários destes idosos têm dificuldades de mobilidade com necessidades de apoio na atividades básicas e instrumentais de vida diária devido às suas limitações físicas. Importa que as instituições investiam ao máximo na estimulação psicomotora no sentido de preservar as capacidades remanescentes e recuperação de outras. Por outro lado, o domínio Ambiente revela valores superiores, o que significa que estes inquiridos se encontram, na generalidade, satisfeitos com a sua instituição de acolhimento. Quanto à satisfação com o nível de suporte social, as pontuações dos inquiridos de todas as instituições revelaram ser positivas, embora não se tendo verificado significância entre estas e em conformidade com os domínios da qualidade de vida. Note-se, no entanto, que foi possível verificar que a qualidade de vida através dos domínios físico, psicológico, social e ambiental nas pessoas idosas institucionalizadas estudadas possibilitaram uma maior satisfação com o seu suporte social.

Constatou-se que as doenças cardiovasculares têm uma maior predominância dos inquiridos, tendo sido frequentemente revelados vários problemas associados a esta categoria clínica. No entanto,

independentemente da doença que o idoso institucionalizado tenha apresentado, esta não afeta, na generalidade, a sua perceção com a qualidade de vida. Nesta investigação, somente as doenças do foro psicológico tiveram influência nesta problemática. Este aspeto é uma mais valia no sentido de alertar a necessidade de melhorar esta situação, sendo ainda que as mulheres revelaram mais propensas que os homens. As instituições devem adotar práticas diretas, através do serviço contínuo de psicologia, juntamente com atividades prazerosas (inclusive atividade física) que estimulam a atividade cognitiva.

Apesar dos resultados obtidos nos domínios que muitas vezes não corroboraram outros estudos, observa-se que os objetivos foram atingidos e as questões de investigação foram respondidas. Apesar de na generalidade todas as instituições terem apresentado valores positivos em ambos os instrumentos de avaliação, os inquiridos da ASSCJ revelaram uma maior perceção de qualidade de vida e os inquiridos da QVC revelaram uma maior satisfação com o suporte social.

Face a estes resultados, sugere-se a implementação de condutas com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população idosa, tendo em conta as suas próprias particularidades. Neste âmbito da gestão de organizações, é particularmente aconselhável investir na criação de estruturas residências ainda mais eficientes e sustentáveis e no desenvolvimento de uma vasta equipa multidisciplinar que estejam em conformidade com o bem-estar geral de cada utente e, tendo ainda em conta as suas limitações, enfermidades e individualidades. Neste contexto do terceiro setor, cabe à gestão da instituição e respetiva direção (com ou sem fins lucrativos) consciencializar as exigências perante a formação da problemática do envelhecimento. Assim, é imprescindível fornecer respostas com carácter inovador e com informação e formação, e simultaneamente promovendo um maior poder de compra à luz dos direitos e deveres da organização e dos utentes (Pereira, 2012).

Em síntese, reconhece-se que o ambiente institucional, juntamente com uma boa relação social com a família da qual está maioritariamente presente na vida nos inquiridos, constitui um contributo imprescindível na perceção da qualidade de vida destes. Um cenário oposto poderia fortemente tornar a situação mais frágil, tal como averiguado na literatura. Nesta investigação verificou-se que quanto maior for o nível de socialização, melhor o nível de perceção que os inquiridos têm da sua qualidade de vida, sendo que esta afirmação é uma mais valia na compreensão de fatores significativos aquando o processo de envelhecimento humano.

Desta forma, seria uma mais valia, replicar este mesmo estudo em mais instituições do distrito de Coimbra e em outros distritos de modo poder-se estudar uma população mais ampliada com a finalidade de constatar a existência de diferenças significativas considerando as mesmas variáveis sociodemográficas aqui consideradas ou outras não consideradas neste trabalho.

Como limitações a esta investigação pode aludir-se ao facto de este ser um estudo transversal pelo que não permite verificar se, devido à modificação nas redes sociais de apoio sociofamiliar ao longo dos meses, existirá alterações na satisfação com o suporte social e uma maior influência com a qualidade de vida destes inquiridos. Por outro lado, dado a homogeneidade da população estudada que se localiza geograficamente numa região muito próxima, poderá esta ser a razão de não se terem encontrado associações significativas entre as variáveis em estudo e a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Em suma, o interesse por esta temática foi bastante forte uma vez que em contexto institucional, o gerontólogo garante cuidados gerontológicos de qualidade, isto é, na melhoria da qualidade de vida dos idosos dado que intervém na avaliação e planeamento de cuidados a serem prestados na organização.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2012). Fusão das Freguesias do distrito de Coimbra. *A Comarca de Arganil*. Consultado em Abril de 2018 em <http://www.acomarcadearganil.pt/fusao-das-freguesias-no-distrito-de-coimbra/>
- Agostinho, A. (2015). *Avaliação de estados de saúde recorrendo à abordagem MACBETH e comparação com o método Time Trade-Off*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica. Instituto Superior Técnico de Lisboa
- Aguiar, C., Vieira, A., Carvalho, A & Montenegro, J. (2008). Assessment instruments for a Health-Related Quality of Life in diabetes Mellitus. *Arquivo Brasileiro Endocrinol Metabol.* 52(6) 931-9. DOI: 10.1590/S0004-27302008000600004
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., Lebrão, M., & Laurentir, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Publica*, 23(8), 1924-1930 DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800019
- Amorim, M. (1999). *Qualidade de vida na doença crónica: um estudo em diabéticos não insulino dependentes*. Tese de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: Faculdade de Medicina.
- Andrade, A. & Franco, R. (2007). *Economia do Conhecimento e Organizações Sem Fins Lucrativos*. Porto: SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação e Principia Editora, Lda.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). *Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos*. Millenium- Revista do ISPV, 40, 185-199
- Antunes, A. (2010). *Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades sentidas da população idosa do concelho de Constância*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Augusto, B. (2005). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Edições Formasau
- Apelles, C. (2015). *Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Aversi-Ferreira, T., Rodrigues, H., & Paiva, L. (2008). Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 5(2). DOI:10.5335/rbceh.2012.128
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2000). Intervention Research in Psychosis: Issues Related to the Assessment of Quality of Life. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 557-564.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo* (1ª Ed.). Viseu: Psicosoma.

- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidáctica
- Bordalo, F., & Cruz, M. (2010). *Gestão de IPSS*. Braga: Célula 2000.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. (2011). The Social Determinants of Health: Coming Age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-98. Consultado em Fevereiro de 2018 em <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Birren, J. e Schroots, J., (1996). “Concepts, theory and methods in the psychology of aging”. In: Birren, J.. e Schaie, K., (eds.). *Handbook of psychology of aging*. San Diego: Academic Press.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Serra, A. V., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In Simões, M. Gonçalves, M., Machado, C. & Almeida, L. (Coord.) *Avaliação Psicológica: Instrumentos válidos para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (Eds.) (2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carta Social (2016). *Relatório 2016*. Disponível via Gabinete de Estratégia e Planeamento Consultado em Setembro de 2018, em <http://www.cartasocial.pt/relatorios.php#>
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro [CCDRC] (2010). *Caracterização da Região Centro*. Consultado em Janeiro de 2018 em http://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_docman&view=download&id=1106&Itemid=739.
- Correia, M. (2015). *Qualidade de vida, satisfação e comunicação com a família em idosos*. Tese de mestrado em Psicologia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de Vida e Solidão em Idosos Residentes em Lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE3), 39-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0115>.
- Coste, F. (1993). *Évaluation de la Santé des Populations et Instruments de Mesure de la 'Qualité de Vie'*. Paris: Masson.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. Diário da República nº 109 – I Série A - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº64/2007 de 14 de março. Diário da República nº 52 – I Série A – Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Decreto-Lei nº11/2013 de 18 de janeiro. Diário da República nº19 – I Série A. Lisboa: Reorganização Administrativa do Território das Freguesias

Dawalibi, N., Goulart, R., & Prearo, L., (2014) Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a Terceira idade. *Cien Saude Colet*, 19(8), 3505-3512. DOI: 10.1590/1413-81232014198.21242013.

Erikson, E. H. (1976). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. N.Y.: Norton & Company

Esgalhado, M. G., Reis, M., Pereira, H. & Afonso, M. (2010). Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 267-278. Consultado em Setembro de 2018 em <https://core.ac.uk/download/pdf/72045772.pdf>

Euroqol (1990). A new facility for the measurement of health-related quality of life. The Euroqol group. *Health Policy*, 16(3), 199-208.

Faria, C. (2016). *Qualidade de vida e Rede de suporte social: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Universidade Católica Portuguesa. Consultado em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21816>

Ferreira, P. L., & Neves, C. (2002). Qualidade de vida e diabetes. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(6), 402-408.

Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da População Activa: Contributo para a Definição de Normas Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2), 15-30.

Ferreira, P. L., & Ferreira, L. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24(2), 5-14.

Ferreira, P. & Anes, E. J. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicas: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 28(1), 35-39.

Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2012). Medidas Sumário Física e Mental de Estado de Saúde para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2):163-171.

Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(6), 664-675.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores

Figueiredo, A. (2016). *Investimento na Vida Pessoal da Pessoa Idosa Institucionalizada*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Consultado em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3343>

Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação Da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação Para a População Idosa Portuguesa. *Psycologica*, 50, 373–388 Consultado em fevereiro de 2018 em <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/986>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104, DOI: 10.1016/j.repc.2017.11.010.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gabinete de Estratégia a Planeamento. (2017). Terceiro ciclo de revisão e avaliação da Estratégia de implementação regional do plano internacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento. Consultado em Fevereiro de 2018 em www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/.../POR_report_POR.pdf

Gamburgo, L., & Monteiro, M. (2009). Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 31-41.

Gonçalves, C. (2012). Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados. (Dissertação de Mestrado). Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Consultado em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13523>

Hawthorne, G., Richardson, J., Osborne, R., & McNeil, H. (1997). *The Australian Quality of Life (AQoL) Instrument: initial validation*. Melbourne Vic Australia: CHPE.

Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Consultado em Março de 2018 em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal*. Lisboa-Portugal.

Instituto da Segurança Social (2017). Guia Prático: Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Consultado a janeiro de 2017 em http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-b28923276cb.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017b). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Consultado em janeiro de 2018 em www.ine.pt.

Kalache, A. (2009). O envelhecimento e a cidade. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.). *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 215 - 229). Cascais: Principia

- Leung, S. W., Lee, T. F., Chien, C. Y., Chao, P. J., Tsai, W. L., & Fang, F. M. (2011). Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer*, 11(1), 67-78.
- Lima, D., Lima, M., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7, 346-356. Consultado em Fevereiro de 2018 em <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/782>
- Lima, M., & Portela, M. (2010). Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8), 1651-1662. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000800018
- Llobet, M., Ávila, N., Farràs, J., & Canut, M. (2011). Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467- 475. Consultado em fevereiro de 2018 em www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_04.pdf
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 13–31. DOI: 10.1590/S0104-11691998000100006.
- Malheiro A., Nicola, A., & Pereira, C. (2009). Contributo para adaptação e validação da Escala de Qualidade de Vida para Utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). *ESSFisioonline*, 5(2), 12-29.
- Moreira, M., & Gomes, C. (2014). *Evolução da População Portuguesa. Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel do Santos. Consultado a janeiro de 2018 em <https://www.ffms.pt/conferencias/detalhe/1021/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populacao-portuguesa>.
- Martins, S. (2017). *Envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida dos idosos*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Lisboa: Universidade Lusíada
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Merck Sharp & Dohme (2004). *Manual Merck Geriatria*. Oceano.
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. Consultado a maio de 2018 em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Monsanto, F., Lança, C., Sá, A., Coelho, C., & Carolino, E. (2013). Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. *Saúde & Tecnologia*, 9, 40-44.
- Moura, C., & Pereira, M. (2016). *A qualidade de vida do idoso em contexto institucional* (1ª Ed.). Euedito

Mwanyangala, M., Mayombana, C., Urassa, H., Charles, J., Mahutanga, C., Abdullah, S., & Nathan, R. (2010). Healthy status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Health Action*, 3(1), 21-42. DOI: 10.3402/gha.v3i0.2142

Neto, F., & Froes, C. (2002). *Empreendedorismo social - A transição para a sociedade sustentável* (3ª Ed.). Rio de Janeiro: Qualitymark.

Neto, T. (2015). *Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar*. Tese de Mestrado em Sociologia das Organizações e do Trabalho. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3ª Ed.). Porto: Livpsic/Legis Editora.

Oliveira, M., Bezerra, V., Silva, A., Alves, M., Moreira, M., & Caldas, C. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198. DOI: 10.4025/psicoestud.v21i3.31896

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Nova Iorque: World Health Organization, Consultado a 12 de março de 2018 em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* (41), 403-409.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial de Saúde. Consultado em Março de 2018 em sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf.

Pais Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558. Consultado a junho de 2018 em sp-ps.pt/uploads/publicacoes/118_c.pdf

Pais Ribeiro, J., Candida, P. & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 89-102 Consultado em junho de 2018 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S164500862008000100008&lng=pt&nrm=i

Pais Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social* (1ª Ed.). Lisboa: Placebo Editora.

Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos*. Lisboa: Vergtag Dashofer

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores de idosos*. (1ª Ed.). Viseu: Psicosoma

Pereira, K., Alvarez, A., & Traebert, J. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 85-95. DOI: 10.1590/S1809-98232011000100010

- Peres, M. (2014). *Os idosos institucionalizados: estudo de algumas variáveis*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, D. (2014). Impacto do envelhecimento da população na dimensão da lista de utentes dos médicos de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 338 -339.
- Pires, F., Dias, P., Couto, T., & Castro, H. (2013, jan./mar.). O perfil da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5,12-21. DOI: 10.3895/S2175 08582013000100002.
- Pires, M. (2009). *Fatores de risco da doença coronária e qualidade de vida: estudo exploratório no Concelho de Odivelas*. Dissertação de mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta
- Pocinho, R. S. P. (2014). *Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal*. Tese de doutoramento. Universitat de València. Consultado a junho de 2018 em http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf
- Population Reference Bureau (2012). *2012 World population data sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Ribeiro, A. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação de mestrado em Geriatria e Gerontologia. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro
- Ribeiro, A., Souza, E., Atie, S., Souza, A & Schilithz, A. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência Saúde Coletiva*. 13(4). DOI: 10.1590/S1413-81232008000400023
- Ribeiro, H. (2011). *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade do Algarve.
- Ribeiro, O. & Paúl. C. (Coord.) (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Rodrigues, R., Azeredo, Z., Mendes, I., Crespo, S., & Silva, C. (2016). Os muito idosos do concelho de Coimbra: avaliação da funcionalidade na área de saúde física. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 163-172. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.RPSP.2016.05.002>.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta

- Seiber, W. J., Groessl, E. J., David, K. M., Ganiats, T. G., & Kaplan, R. M. (2008). *Quality of well being self-administered (QWB-SA) scale*. San Diego: Health Services Research Center, University of California. Consultado em fevereiro de 2018 em <https://hoap.ucsd.edu/qwb-info/QWB-Manual.pdf>
- Silva, A. (2010). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro.
- Silva, M. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Tese de Mestrado em Educação Social. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança
- Sousa, L. (2006). Ciclo (Final) de Vida Familiar. In L. Sousa; D. Figueiredo & M. Cerqueira (Eds.), *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*, 2ª ed (pp. 13-49). Porto: Âmbar
- Sousa, M. (2018). *Programa de Apoio Psicológico no Idoso (PAPI)* (1ª Ed.). Viseu: Psicosoma.
- Spar, J., & La Rue, A (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira-Salmela, F., Magalhães, C., Souza, C., Lima, C., Lima, M., & Goulart, F. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 905-914. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000400004
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e Qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.
- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em Torno do Processo de Adaptação e Avaliação do Whoqol-Old para a População Portuguesa. In M. C. Canavarro & A. V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229- 245). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Vilar, M., Simões, M., Lima, M., Cruz, C., Sousa, L., Sousa, A., & Pires, L., (2014). Adaptação e Validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37(1), 73-97.
- Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). *Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat?*, 6, 3-12. Canadian Journal of Rehabilitation.

Anexos

Anexo A WHOQOL-Bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade	<input type="text"/>	anos	A2	Data de Nascimento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
A3	Sexo	<input type="text"/>	Masculino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever
		<input type="text"/>	Feminino			Sabe ler e/ou escrever
A5	Profissão	<input type="text"/>				
A6.1	Freguesia	<input type="text"/>				
A6.2	Concelho	<input type="text"/>				
A6.3	Distrito	<input type="text"/>				
A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>			
		Casado(a)	<input type="text"/>			
		União de facto	<input type="text"/>			
		Separado(a)	<input type="text"/>			
		Divorciado(a)	<input type="text"/>			
		Viúvo(a)	<input type="text"/>			

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo B Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Anexo C Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados WHOQOL-Bref



Mariana Garcia

Hoje, 11:31
mccanavarro@fpce.uc.pt

Responder | ▾

Exma Srª Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

Sou aluna do mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde no Instituto Politécnico do Porto (Escola Superior de Saúde) e pretendo realizar uma dissertação cujo tema será "Qualidade de Vida em idosos institucionalizados - o caso do distrito de Coimbra", onde necessitarei de aplicar o instrumento WHOQOL-BREF que irá auxiliar na avaliação e comparação da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

Venho solicitar a Vossa Exª o acesso ao instrumento de recolha de dados *WHOQOL-BREF*

Muito obrigada.

Os meus melhores cumprimentos,

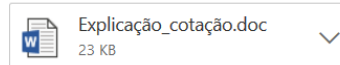
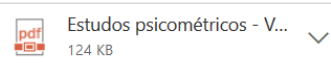
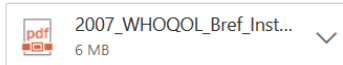
Mariana Garcia



Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

qui 01/02/2018, 11:10

Você ▾



Mostrar os 5 anexos (7 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Cara Dra. Mariana Garcia,

Envio, em anexo, o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida
Atenciosamente,
Cláudia Melo.

Anexo D Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados ESSS



Mariana Garcia
qua 01-11-2017, 20:47
jlpr@fpce.up.pt



Responder | ▾

Ex.mo Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Sou aluna do mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde no Instituto Politécnico do Porto (Escola Superior de Saúde) e pretendo realizar uma dissertação cujo tema será "Qualidade de Vida em idosos institucionalizados - o caso do distrito de Coimbra", onde necessitarei de aplicar a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) que irá auxiliar na avaliação e comparação da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

Venho solicitar a Vossa Exª o acesso ao instrumento de recolha de dados ESSS.

Muito obrigada.

Os meus melhores cumprimentos,

Mariana Garcia



José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
qui 02-11-2017, 01:58

Cara colega


Autorizo o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).
No meu site na secção books encontra o manual da escala que é de acesso livre.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

...

Anexo E Pedidos de autorização às instituições para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados



Porto, 15 de dezembro de 2018

Mariana Isabel Coelho Garcia
Bairro S. Sebastião, rua dos Calafates nº 5, 3140-601 Verreide
Email: mariana_garcia_09_06@hotmail.com

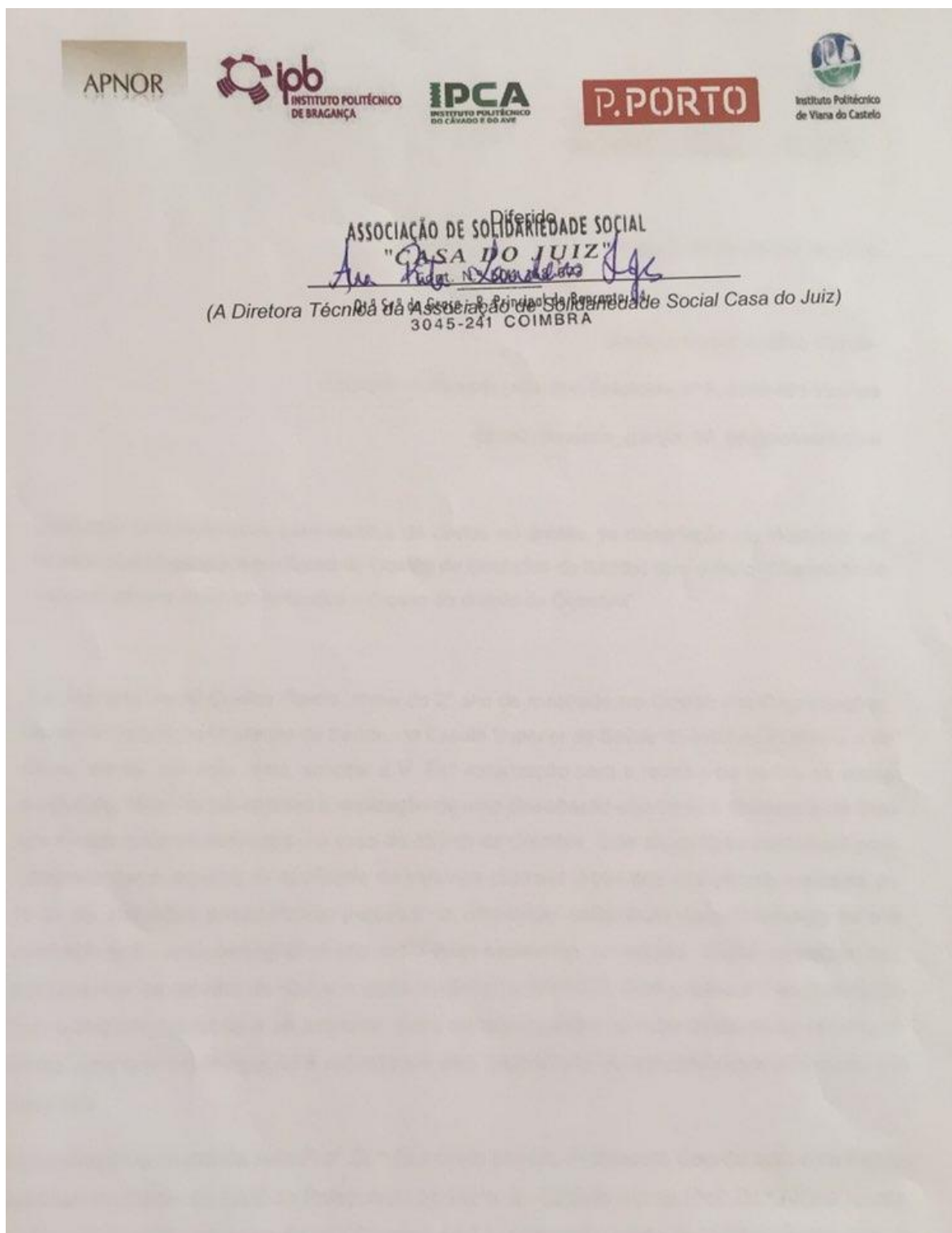
Assunto: Consentimento para recolha de dados no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações (Ramo de Gestão de Unidades de Saúde) com o título "Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra"

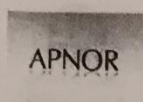
Eu, Mariana Isabel Coelho Garcia, aluna do 2º ano de mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, venho, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados na vossa instituição, tendo como objetivo a realização de uma dissertação cujo tema é *Qualidade de Vida em idosos institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra*. Esta dissertação contribuirá para compreender o impacto da qualidade de vida nas diversas áreas que incorporam a mesma ao redor do indivíduo, possibilitando perceber as diferenças estatísticas da problemática face à caracterização sociodemográfica dos indivíduos envolvidos no estudo. Serão utilizados dois instrumentos de recolha de dados a cada inquirido: o WhOQOL-Bref e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (que se anexam). Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, pelo que a participação é voluntária e está dependente do consentimento informado dos inquiridos.

A dissertação é orientada pela Prof. Dr.ª Carminda Morais, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e pela Prof. Dr.ª Alcina Nunes, Professora Coordenadora na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança. Face ao exposto, tanto eu como qualquer das coorientadoras deste estudo de investigação ficamos ao dispor para esclarecer eventuais dúvidas ou questões relacionadas com o mesmo.

Pede deferimento,

Mariana Isabel Coelho Garcia
(Mariana Isabel Coelho Garcia)





Porto, 15 de dezembro de 2018

Mariana Isabel Coelho Garcia

Bairro S. Sebastião, rua dos Calafates nº 5, 3140-601 Verride

Email: mariana_garcia_09_06@hotmail.com

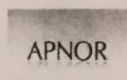
Assunto: Consentimento para recolha de dados no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações (Ramo de Gestão de Unidades de Saúde) com o título "Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra"

Eu, Mariana Isabel Coelho Garcia, aluna do 2º ano de mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, venho, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para a recolha de dados na vossa instituição, tendo como objetivo a realização de uma dissertação cujo tema é *Qualidade de Vida em idosos institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra*. Esta dissertação contribuirá para compreender o impacto da qualidade de vida nas diversas áreas que incorporam a mesma ao redor do indivíduo, possibilitando perceber as diferenças estatísticas da problemática face à caracterização sociodemográfica dos indivíduos envolvidos no estudo. Serão utilizados dois instrumentos de recolha de dados a cada inquirido: o WhOQO-Bref e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (que se anexam). Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, pelo que a participação é voluntária e está dependente do consentimento informado dos inquiridos.

A dissertação é orientada pela Prof. Dr.^a Carminda Morais, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e pela Prof. Dr.^a Alcina Nunes, Professora Coordenadora na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança. Face ao exposto, tanto eu como qualquer das coorientadoras deste estudo de investigação ficamos ao dispor para esclarecer eventuais dúvidas ou questões relacionadas com o mesmo.

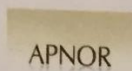
Pede deferimento,

Mariana Isabel Coelho Garcia
(Mariana Isabel Coelho Garcia)



Diferido

Patrícia de Jesus Fernandes Pinheiro
(A Diretora Técnica da Quinta Verde da Vila de Carapinheira)



Porto, 5 de julho de 2018

Mariana Isabel Coelho Garcia

Bairro S. Sebastião, rua dos Calafates n° 5, 3140-601 Verride

Email: mariana_garcia_09_06(arroba)hotmail.com

Assunto: Consentimento para recolha de dados no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações (Ramo de Gestão de Unidades de Saúde) com o título "Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra"

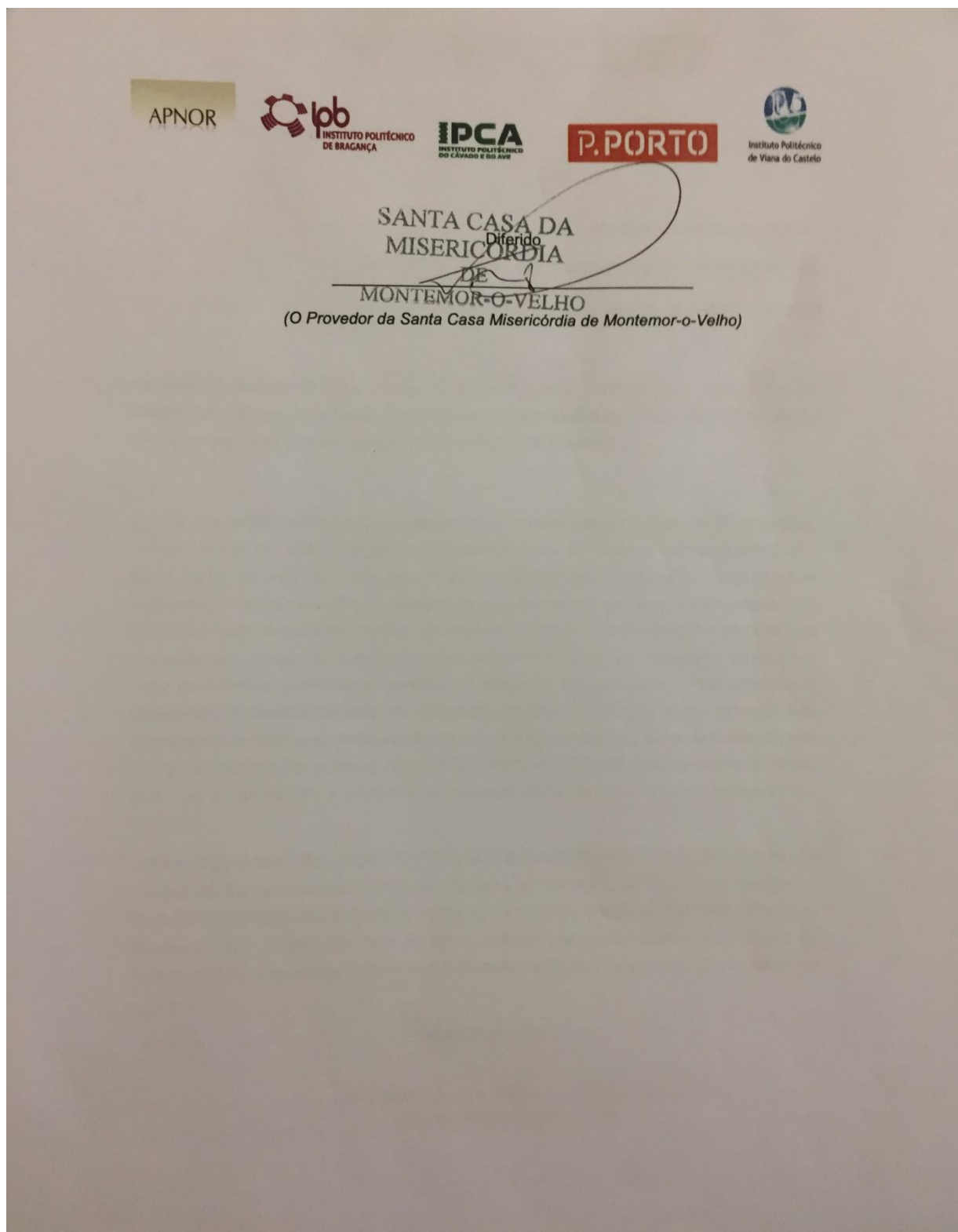
Eu, Mariana Isabel Coelho Garcia, aluna do 2º ano de mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, venho, por este meio, solicitar a V. Exª autorização para a recolha de dados na vossa instituição, tendo como objetivo a realização de uma dissertação cujo tema é *Qualidade de Vida em idosos institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra*. Esta dissertação contribuirá para compreender o impacto da qualidade de vida nas diversas áreas que incorporam a mesma ao redor do indivíduo, possibilitando perceber as diferenças estatísticas da problemática face à caracterização sociodemográfica dos indivíduos envolvidos no estudo. Serão utilizados dois instrumentos de recolha de dados a cada inquirido: o WhOQOL-Bref e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (que se anexam). Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, pelo que a participação é voluntária e está dependente do consentimento informado dos inquiridos.

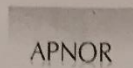
A dissertação é orientada pela Prof. Dr.ª Carminda Morais, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e pela Prof. Dr.ª Alcina Nunes, Prof. Coordenadora na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança. Face ao exposto, tanto eu como qualquer das coorientadoras deste estudo de investigação ficamos ao dispor para esclarecer eventuais dúvidas ou questões relacionadas com o mesmo.

Pede deferimento,

Mariana Isabel Coelho Garcia

(Mariana Isabel Coelho Garcia)





Porto, 15 de dezembro de 2018

Mariana Isabel Coelho Garcia

Bairro S. Sebastião, rua dos Calafates nº 5, 3140-601 Verride

Email: mariana_garcia_09_06@hotmail.com

Assunto: Consentimento para recolha de dados no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações (Ramo de Gestão de Unidades de Saúde) com o título "Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra"

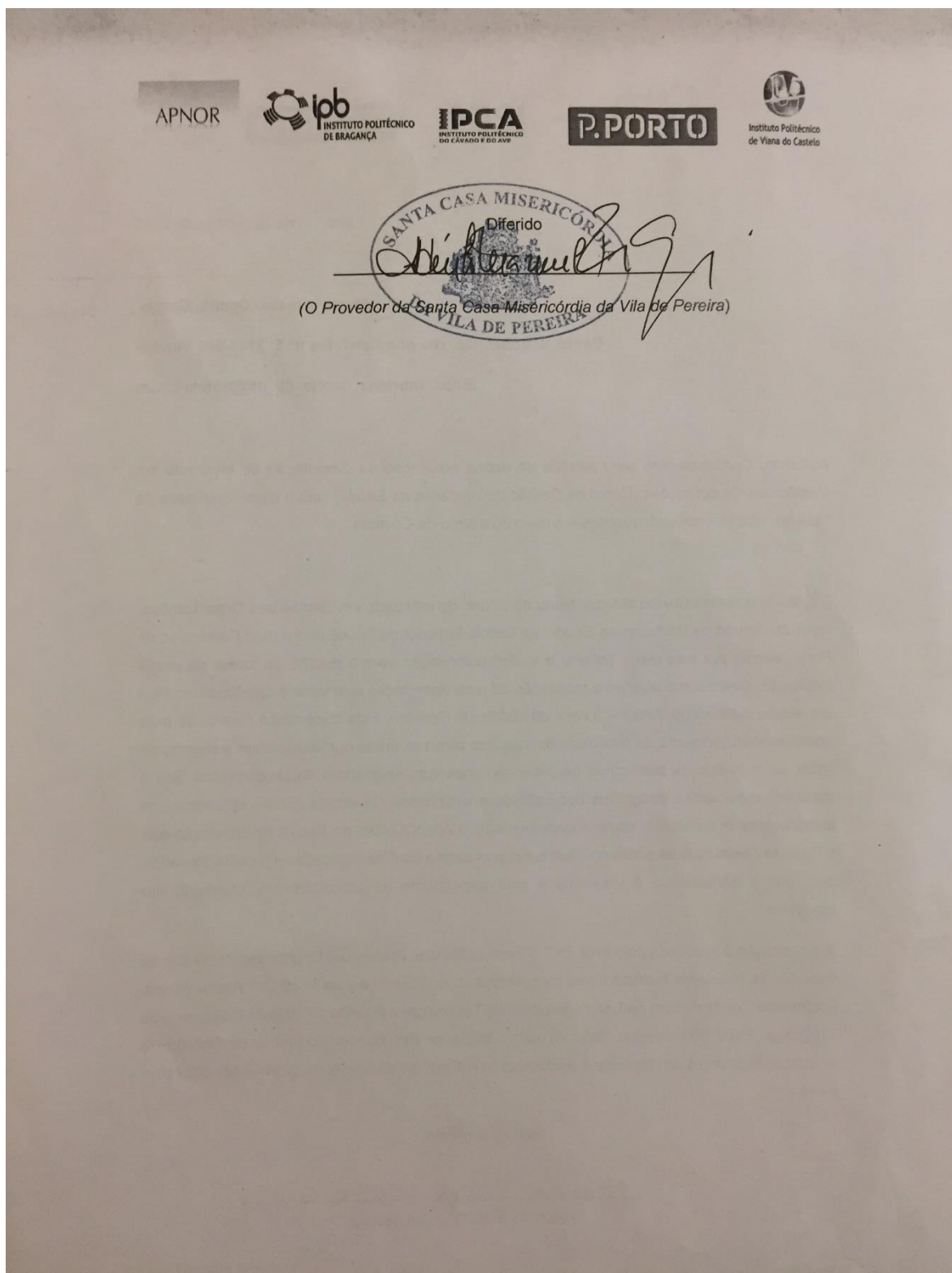
Eu, Mariana Isabel Coelho Garcia, aluna do 2º ano de mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, venho, por este meio, solicitar a V. Exª autorização para a recolha de dados na vossa instituição, tendo como objetivo a realização de uma dissertação cujo tema é *Qualidade de Vida em idosos institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra*. Esta dissertação contribuirá para compreender o impacto da qualidade de vida nas diversas áreas que incorporam a mesma ao redor do indivíduo, possibilitando perceber as diferenças estatísticas da problemática face à caracterização sociodemográfica dos indivíduos envolvidos no estudo. Serão utilizados dois instrumentos de recolha de dados a cada inquirido: o WhoQO-Bref e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (que se anexam). Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, pelo que a participação é voluntária e está dependente do consentimento informado dos inquiridos.

A dissertação é orientada pela Prof. Dr.ª Carminda Morais, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e pela Prof. Dr.ª Alcina Nunes, Professora Coordenadora na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança. Face ao exposto, tanto eu como qualquer das coorientadoras deste estudo de investigação ficamos ao dispor para esclarecer eventuais dúvidas ou questões relacionadas com o mesmo.

Pede deferimento,

Mariana Isabel Coelho Garcia

(Mariana Isabel Coelho Garcia)



Anexo F Consentimento Informado

APNOR

IPCA
INSTITUTO POLITÉCNICO
DO CÁVADO E DO AVE

P.PORTO

Instituto Politécnico
de Viana do Castelo**Consentimento Informado****Exmo(a) Sr(a).**

Foi convidado(a) a participar na recolha de dados para elaboração da dissertação de mestrado em Gestão das Organizações – Gestão de Unidades de Saúde com o título “Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados – o caso do distrito de Coimbra”. Este trabalho de investigação tem como finalidade avaliar a qualidade de vida em idosos que se encontram institucionalizados no distrito de Coimbra.

Assim, sua colaboração é fundamental para que os objetivos de investigação sejam alcançados de forma eficaz. É indispensável conhecer a realidade institucional e as informações fornecidas por si são fundamentais para a concretização do estudo.

As informações serão recolhidas através de dois instrumentos de avaliação (questionários) onde se pretende uma resposta rápida e curta. Cada questão será explicada convenientemente e serão esclarecidas todas as dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário. Todas as informações por si disponibilizadas serão anónimas e confidenciais, sendo que as respostas fornecidas nunca serão reveladas a terceiros e nem publicadas de forma individual.

A sua participação no presente trabalho de investigação é voluntária pelo que tem o direito de recusar a sua continuidade a qualquer momento, sem que tal recusa tenha consequências para si.

Mariana Isabel Coelho Garcia

(Mariana Isabel Coelho Garcia)

Após a leitura das explicações apresentadas acima e tendo esclarecido todas as minhas dúvidas, declaro que aceito participar na recolha de dados que permitirá realizar o trabalho de investigação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, permito eu a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____